

Sous la direction de
Olivier Douville
et Benjamin Jacobi

10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte



DUNOD

Facebook : *La culture ne s'hérite pas elle se conquiert*

10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte

Consultez nos parutions sur dunod.com



P S Y C H O S U P

10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte

Sous la direction
d'Olivier Douville
et Benjamin Jacobi

DUNOD

Illustration de couverture

Franco Novati

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

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

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

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

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

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2009

ISBN 978-2-10-053514-9

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

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

LISTE DES AUTEURS

Ouvrage réalisé sous la direction de :

Olivier Douville	Maître de conférences des Universités, Laboratoire CRPM, Université Paris 7- Denis Diderot, directeur de publication de <i>Psychologie Clinique</i>
Benjamin Jacobi	Professeur de psychopathologie clinique, Laboratoire de psychopathologie clinique, université de Provence-Aix-Marseille 1, psychanalyste

Avec la collaboration de :

Michèle Benhaïm	Maître de conférences en psychologie clinique à l'université de Provence-Aix-Marseille 1, psychanalyste
Jacques Cabassut	Maître de conférences en psychologie clinique à l'université de Nice-Sophia Antipolis, psychologue clinicien en foyer médicalisé pour adultes déficients mentaux
André Chevance	Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse, psychologue clinicien, psychanalyste, formateur en psychogériatrie

Catherine Desprats Péquignot	Maître de conférences en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université Paris 7-Denis Diderot, psychologue clinicienne, psychanalyste
Lise Gaignard	Psychanalyste, chercheuse associée à l'équipe de Psychodynamique du Travail et de l'Action, Centre de Recherche Travail et Développement, CNAM Paris
Philippe Genuit	Psychologue clinicien, SMPR de Rennes
Pascal Le Bas	Psychologue clinicien, Centre Hospitalier Charcot, Caudan ; Unité de Santé Mentale Pénitentiaire, Ploemeur
Pascal Pignol	Psychologue à l'hôpital Guillaume Régnier à Rennes, membre de l'Institut de Criminologie et Sciences Humaines (ICSH) à l'Université Rennes 2-Haute Bretagne
Stéphanie Vernay	Psychologue clinicienne au Centre Hospitalier Spécialisé Saint-Jean de Dieu à Lyon
Loïck M. Villerbu	Professeur de psychologie, psychopathologie et criminologie, directeur du Laboratoire de Cliniques Psychologiques, Psychopathologie et Criminologie et de l'Institut de Criminologie et Sciences Humaines (ICSH) à l'Université Rennes 2-Haute Bretagne
Régine Waintrater	Maître de conférences en psychopathologie psychanalytique, Université Paris 7-Denis Diderot, psychanalyste, thérapeute familiale

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	XIII
CHAPITRE 1 ENTRETIEN CLINIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE	1
Introduction	3
L'entretien thérapeutique	3
La visée thérapeutique de l'entretien	4
L'entretien psychothérapeutique	4
1 Écouter et comprendre	9
2 L'entretien et le soin psychique	10
3 Du principe d'incertitude au potentiel créateur de la situation d'entretien clinique	13
4 Travail psychothérapeutique et deuil	15
5 L'expérience et le récit	23
6 Intervention et psychothérapie	25
6.1 L'intervention dans l'entretien clinique à visée psychothérapeutique	25
6.2 Entretien clinique à visée psychothérapeutique et psychose	31
Pour conclure : le féminin accomplissement de l'écoute psychothérapeutique	32
Bibliographie	33

CHAPITRE 2	L'ENTRETIEN DE TÉMOIGNAGE : UN RÉCIT SOUS CONTRAINTE	35
	Introduction	37
1	Témoignage et trauma	38
1.1	Le traumatisme	38
1.2	Le temps du judiciaire	38
1.3	Le temps de la ressaisie psychique	39
2	Fonctions de l'entretien testimonial	40
2.1	Créer un environnement fiable	40
2.2	Restaurer l'espace subjectif interne	41
3	Les temps de l'entretien	44
3.1	Le temps du témoignage	44
3.2	Sidération de la pensée et affect traumatique	46
3.3	Renouer avec la temporalité	47
3.4	Retrouver la capacité de penser	48
3.5	La consultation thérapeutique	50
4	Du côté du clinicien	53
	Conclusion	54
	Bibliographie	55
CHAPITRE 3	L'ENTRETIEN AVEC DES SUJETS TOXICOMANES : CLINIQUE D'UNE RENCONTRE	57
	Introduction	59
1	Analyse du premier fragment d'entretien	61
2	Analyse du deuxième fragment d'entretien	65
3	Analyse du troisième fragment d'entretien	70
4	Analyse du quatrième fragment d'entretien	74
5	Analyse du cinquième fragment d'entretien	77
	Conclusion et synthèse	78
	Bibliographie	84
CHAPITRE 4	L'ENTRETIEN CLINIQUE EN AGRESSOLOGIE	85
1	Contexte	87
2	Les entretiens	90

Conclusions	103
Bibliographie	105
CHAPITRE 5 L'ENTRETIEN CLINIQUE EN VICTIMOLOGIE	107
Contexte	109
Introduction	109
1 Le contexte institutionnel	111
2 Le cadre théorique et clinique	112
3 La pratique de l'entretien en victimologie	113
3.1 Un principe générique : contextualiser	113
3.2 Les principales spécificités de la rencontre avec les victimes	114
3.3 La conduite de l'entretien	116
4 Deux exemples d'entretien	117
Bibliographie	127
CHAPITRE 6 L'ENTRETIEN CLINIQUE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL	129
Introduction	131
1 À l'hôpital : entretien clinique – entretien en clinique	132
1.1 L'entretien clinique : références conceptuelle, méthodologique et éthique	132
1.2 Jusqu'au « lit du malade » : spécificité de l'entretien clinique	134
1.3 Entretien clinique – entretien en clinique à l'hôpital	135
2 L'entretien clinique « au lit du malade »	137
2.1 L'offre et la demande : première rencontre avec Mme M.	137
2.2 Instauration de l'entretien clinique : cadre, dispositif et position clinique. Séquence d'un entretien avec Mme M.	140
Conclusion	142
Bibliographie	143
CHAPITRE 7 L'ENTRETIEN CLINIQUE AVEC UN SUJET ATTEINT DE SURDITÉ	145
1 Présentation du cadre des entretiens cliniques	147
2 Exposé d'un entretien clinique avec Victor	151
3 Analyse des particularités d'un entretien avec un sujet sourd	153

3.1	Fonctions psychiques de l'image	153
3.2	Particularité de la surdité comme atteinte sensorielle, et ses conséquences sur l'investissement du langage	159
3.3	Particularités de la relation en face-à-face entre un thérapeute et un sujet sourd	164
	Conclusion	169
	Bibliographie	169
CHAPITRE 8	L'ENTRETIEN CLINIQUE AVEC UN SUJET ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	171
	Préambule	173
1	Origine de la demande d'entretien	175
2	Le cadre physique de l'entretien	177
3	Regard du psychologue clinicien sur la tenue vestimentaire de la patiente	178
4	D'un apparent monologue à deux voix à une attention flottante	180
5	Effet thérapeutique de ces entretiens	186
	Bibliographie	187
CHAPITRE 9	L'ENTRETIEN CLINIQUE AUPRÈS DU DÉFICIENT MENTAL OU LA RENCONTRE CLINIQUE À L'ÉPREUVE DU TRAGIQUE	189
1	Présentation du cas	191
2	Une exclusion du logos	193
3	Histoire de mots	196
4	La « poussée » pulsionnelle à la place de la parole	197
5	Rencontrer l'étranger	199
6	« Un corps à corps » de jouissance à l'autre déficient	200
7	Une carence de demande spontanée	202
8	Élever le signe (syndrome) du handicap à la hauteur du signifiant	204
9	Variante de l'entretien type	205
10	Pratique d'entretien et institution : à propos du tiers régulateur	207
10.1	Du point de vue du travail institutionnel	208
10.2	Dans le cadre de l'entretien	208
10.3	Dans la clinique transférentielle et institutionnelle	209

11	La pratique d'entretien : un dispositif institutionnel de rencontre	209
	Bibliographie	212
CHAPITRE 10	L'ENTRETIEN CLINIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL	215
1	Les coulisses de l'exploit : la secrétaire contorsionniste	217
2	L'action en psychodynamique du travail	218
3	Un exemple d'entretien clinique	220
	3.1 La mise en discussion	222
4	Réflexions sur le dispositif	226
	Conclusion	228
	Bibliographie	229
	Index des auteurs cités	231

INTRODUCTION¹

Entretien clinique et énonciation

Tout entretien mené selon une rigueur clinique ne peut s'appuyer que sur l'énonciation. Il ne suffit point de s'en tenir au sens, à la signification linéaire et immédiate. Nous ne pouvons souscrire à la violence qui consiste à enfermer le sujet dans l'explicite de ce qu'il croit désigner par son dire. L'ambition, la visée, la raison enfin, de cet exercice sont autres. Ce qui importe est alors de soutenir un sujet qui va rencontrer, au sein de ce dispositif, une émergence insoupçonnée de son dire. Deux facteurs au moins, qui font tresse les uns aux autres, confèrent à l'entretien clinique sa densité, son urgence, son risque et sa valeur. Il s'agira d'abord – et c'est presque une condition *a priori* – de la capacité du psychologue clinicien à laisser « flotter » son écoute, mais ensuite faut-il qu'il soutienne le sujet pour qu'il parle. En effet, dans un entretien clinique, le sujet est emporté par son dire et ne sait pas, le plus souvent, ce qu'il dit. Sa parole vagabonde et vagabonde au-delà de ce qu'il nous livre de ses opinions ou de ses représentations. Elle excède. Quand le sujet s'arrête, bredouille, il faut être proche de ce qui refuse ou hésite à s'exprimer.

Souvent le psychologue, lorsqu'il n'est pas suffisamment assolé dans sa pratique, ne sait trop comment faire pour s'orienter vers la méthode d'un entretien clinique. Encombré qu'il est par tout ce que révèle d'inouï une rencontre clinique, il éprouve bien des difficultés à se positionner et se demande plusieurs fois comment garder le contrôle des situations. Son embarras est d'autant plus vif si, jeune étudiant, il ne sait plus si les entre-

1. Par Olivier Douville.

tiens qu'il a le privilège de mener sur son lieu de stage, doivent lui permettre de mener son stage à bien ou sont amenés à se réduire à la méthodologie rudimentaire d'une « note de recherche ». Il avance ainsi à tâtons, se faisant mille reproches ; ou pire, se croyant à la fois chercheur et stagiaire, il hésite à affronter la question décisive et qui est tout bonnement celle du savoir qu'il va tenter d'attraper dans les entretiens cliniques qu'il met en place.

Ce qu'il éprouve et qui est valable pour tous, aussi bien ceux qui font leurs premiers pas que ceux qui semblent campés dans leurs *magisters* et leurs doctes habitudes, est que le plus souvent c'est bien dans cette rencontre clinique (qu'est un entretien), le psychologue qui est en demande, le sujet n'étant en rien préparé au dispositif (*a fortiori* lorsqu'il s'agit de dispositif de recherche). Or, et c'est le point décisif, l'entretien n'est pas qu'une méthode. C'est bien plus. Il s'agit d'un lien social. N'affadissons pas d'emblée cette expression « lien social » par celui de relation ou par cette trop lourde formule : l'« interaction ». Rajouter le terme de « social » à celui de « lien » congédie le sentimentalisme qui s'attache aux idées de rencontre ou d'authenticité et permet la saisie logique de la dépendance qui existe entre le dispositif social au cœur de la méthode et le sort fait par le clinicien au savoir inconscient.

L'entretien clinique : du dispositif au lien social

Autrement dit, il n'est pas suffisant de décrire le dispositif de l'entretien en définissant les places du récepteur et de l'émetteur, le statut du message, etc. Encore faut-il se rendre compte que ce dispositif est une réalité sociale dont la structure est différente en fonction de ce qui en est attendu. Sans entrer dans une bataille de technicien, nous ne pouvons que supposer que bien que pouvant se décrire de l'extérieur avec les mêmes termes, le lien social, que crée le dispositif de l'entretien clinique, n'est pas le même suivant qu'il est donné une importance cruciale ou relative à ce qui, de formation de l'inconscient, vient trahir l'énonciation manifeste. Ce n'est donc pas le même lien social qui est en jeu lorsqu'il s'agit de dégager des indices de troubles ou de dysfonctionnements dans un entretien de style cognitiviste adapté à des thérapies rééducatives ou dès qu'il s'agit de donner jour et audience au savoir inconscient, peu éduicable évidemment et peu collectivisable. Nous sommes bien ailleurs que dans un simple débat technique. Or, miser sur le fait que l'éventualité du nouveau rapport au savoir insu donne son sel et son prix à l'entretien est, pour le psychologue, se situer dans une forme précise de discours. L'entretien clinique « réussi » se repère en ceci qu'il ne met pas les mots du sujet au pas du bon sens. Pas d'intolérance donc à la contradiction ou à la répétition, tant nous savons, depuis Freud, et Minkowski aussi, que la vérité d'un dire use de mille tours, de mille ruses, de mille figurations et que jamais elle ne se livre d'emblée comme une coquette déclinaison de

soi. Nous pourrions ouvrir une brève remarque sur ce que charrient un certain nombre d'idéologies de l'accomplissement de soi, par le truchement souvent obstiné ou borné des contraintes adaptatives, qui ne donnent plus accueil à l'errance et à la division subjective. Parler devient alors une performance. Et l'entretien alors se rétrécit à un exercice d'autodiagnostic ; c'est ainsi que, faute de consentir aux félicités des normes ambiantes, le suet désigne ce en quoi il est en défaut par rapport aux injonctions ambiantes. La « phobie sociale », catégorie cliniquement indigente, est bien le nom de cette mise en accusation du sujet de ne pas rentrer dans les normes communes.

Entretien clinique et historisation

La polémique ici serait trop commode et elle commence à être usée. Disons plus sobrement que ce qui nous importe dans ce recueil est de défendre et d'illustrer un parti pris de départ. Pour l'ensemble des auteurs ici rassemblés, l'entretien clinique est une des plus nécessaires et amples occasions qui soient de donner jour à la façon dont le sujet prend diverses positions dans son dire. On pourrait user ici d'une comparaison triviale. L'entretien n'est en rien réductible à une nasse qui, employée par un pêcheur habile, viendrait fonctionner comme un piège destiné à un poisson sujet, déjà tout façonné. Loin de n'être qu'une méthode appliquée, l'entretien clinique est un dispositif. Et comme tout dispositif, il a un impact sur le sujet dans son rapport au plus intime de son savoir. Tout entretien ainsi considéré mène le sujet à une situation que, selon Lacan, nous nommerons situation de « parlêtre », où sous la trame manifeste d'un dire se déploie non seulement un contenu latent, mais aussi toute une archéologie du rapport du sujet à l'acte de parole. Un mémorial s'ouvre.

Car c'est aussi toute une histoire, une préhistoire presque, du rapport au matériel pulsionnel du dire qui s'ouvre. Comment s'y repérer ? Le tripode proposé par Lacan du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire permet d'y voir plus clair. On posera qu'il y a un réel qui fait limite à la réalité psychique, un ordre imaginaire qui donne l'impression de parler en son nom, ou plus cocasse, de parler en maître, une dimension symbolique qui échoue nécessairement à inscrire tout l'être de qui parle sous une quelconque déclinaison et déclaration « objective de soi ».

Un tel repérage, dont nous convenons volontiers qu'il est sommaire, mais tout comme on le dit du sommaire d'un livre ou d'une revue, nous aide à situer une exigence. La personne qui accepte de « passer » un entretien est plutôt encline à s'inscrire dans la modalité discursive de la conversation, se sentant encouragée à s'inscrire dans la pente du sens commun. Tenter de favoriser des rapports inédits du sujet à la matérialité de son dire, position qui est orientée par la psychanalyse mais aussi, et on l'omet trop aisément, par la phénoménologie est une posture clinique exigeante.

Le corps du dire

En effet si dans l'énoncé, il nous est possible de déceler des ensembles, des agrégats de signification, ce rudimentaire travail de collecte ne peut nous renseigner valablement sur ce qui fait le corps du dire chez un sujet. À trop thématiser le discours, on en vient à ne plus entendre et à ne plus situer ce qui fait la chair et le souffle du dire, tant cette chair, tant ce souffle se logent dans les accidents du dire, non dans l'explicite de la parole énoncée. Nous ouvrons ici un débat tout à fait vaste mais plus très neuf. Il reviendra à l'esprit des cliniciens, qui pratiquent le T.A.T., l'opposition maintenant tranchée entre les grilles qui, thématisant un récit, en banalisent jusqu'à l'anonymat les modalités discursives et celles qui permettent de poser et de diagnostiquer des effets de surdétermination entre les réalités discursives et les modalités défensives. Ces dernières, toutes référées au travail pionnier de Vica Shentoub, permettent une clinique de l'énonciation.

Comment donc, menant puis analysant un entretien, ne pas court-circuiter l'accès aux processus primaires et à l'inconscient ?

Comment aider à ce que, dans un discours intentionnel où le sujet se présente comme voulant dire quelque chose, il puisse se produire des accidents du dire, des paradoxes, des contradictions inattendus ? Autant dire que ce que le clinicien accueille serait de l'ordre d'une perturbation féconde. D'une surprise. Il se fait un changement de décor. Si, dans un premier temps, l'entretien clinique consiste surtout à installer le sujet dans un dire où il se raconte, dans des temps ultérieurs convient-il d'accompagner ce sujet dans ce qu'il ne s'attend pas à dire et à s'entendre dire. Les butées d'un discours courant nous importent, et elles nous importent précisément en cela qu'elles ne signent pas le même ordre d'intrusion d'une autre parole ou d'une autre scène. En ce sens le modèle du lapsus ne suffit pas à rendre compte de ses émergences d'un insoupçonné fécond. Le lapsus, c'est du symbolique qui échappe à celui qui énonce, mais il est d'autres accidents du dire qui renvoient eux à d'autres modalités d'émergence des processus primaires. Conséquence sans nul doute du soin porté à l'écoute et à l'accueil des flux capricants de l'énonciation, le psychologue clinicien entend aussi ce qui, dans les brisures et les dysharmonies du discours, touche un point radical de non-sens. S'introduit ici une dimension réelle qui signe l'intrusion d'une jouissance inconsciente. Que ce soit autour des grandes dimensions anthropologiques de la mort, du sexuel, et du féminin que se produisent ces bris du discours ne saurait nous surprendre, tant Freud a sur ces points rendus compte de la signification inconsciente de ces vecteurs d'humanisation.

Qu'on ne se méprenne pour autant pas. Au titre des faits cliniques qui donnent à un entretien sa richesse et sa densité, il n'est pas que l'interruption ou la surdétermination d'un dire qui nous importe. Quelle que soit la nécessité de repérer ces stases ou ces émergences, encore nous revient-il aussi de

favoriser et de comprendre ce qui dans tout entretien, ou presque, constitue une façon de balancement entre de telles butées et de telles irrptions et ce qui permet au sujet la reprise, la maîtrise, la réappropriation d'un corps de dire. Le sujet peut alors chercher et trouver la formule, le signifiant sur lequel il va à nouveau prendre appui, transformant par exemple son lapsus qui l'a dévoilé en un mot d'esprit. Cette création redonne du sens. De dévoilé, le sujet se fait dévoilant, maître du jeu du signifiant pour un temps plus ou moins durable, il est vrai. Il serait toutefois réducteur de n'y voir qu'un tour de force. Au moment où le sujet trouve enfin le mot et la formule, la belle métaphore, il creuse la simple relation de face à face en une grande partie langagière à trois. Un émetteur et un récepteur, certes, mais aussi ce que Freud nommait la troisième personne, soit le lieu du discours et des équivoques. Toute parole pleine outrepassa la personne physique de celui qui énonce comme elle le fait de la personne physique de celui qui écoute. Elle s'adresse au trésor même de la langue, le vise et le touche. Une jouissance du bien dire se fait jour. Pour un temps.

Aperçu métapsychologique

Une telle présentation toutefois doit rencontrer ses nuances. Si nous tenons pour acquis qu'il en ne suffit pas de réduire un entretien clinique à une situation de « communication et d'influence », alors il convient aussi de préciser que ce type de lien social qui prend comme objet bon à faire émerger (ou à produire) un savoir inconscient, est une situation clinique qui doit aussi se laisser définir avec les termes de la métapsychologie la plus rigoureuse. Le dire et l'écoute excitent la surface du système perception-conscience. Et le clinicien, loin de ne se plier qu'à un exercice d'herméneutique visant à dévoiler et à exposer le sens latent des formations de l'inconscient au clair jour, va favoriser les mouvements psychiques qui vident et déplacent le trop évident visuel des mots pour atteindre les réminiscences insoupçonnées. Ne prenons surtout pas alors ces réminiscences pour des souvenirs intacts, des images pleines et vraies. Elles sont des signes aussi d'un mouvement de désir et, parce qu'elles sont par le désir travaillées et infiltrées, elles sont soumises aux torsions du travail de la langue qui fonctionne par ambiguïté et assonance. Donner forme à l'attente anxieuse, voilà qui n'est guère aisé avec des sujets en état de perte de limites et qui ont du mal à prendre appui sur une base identitaire. L'entretien de face à face est alors occasion d'accueillir la densité motrice, physique du signifiant, sa matérialité et non seulement sa plurivocité trop évidente. Le face à face permet alors une reviviscence des accordages mal assurés à la figure de l'autre. C'est un registre qui double la parole, la leste et l'inclut aussi dans une multiplicité des formes d'expression. En faire fi est un risque. Et si dans ce recueil Jacques Cabassut, Michèle Benhaïm et Stéphanie Vernay insistent, chacun à leur façon et avec leur

terrain sur ce contre-jour de l'entretien avec des zones de la psyché non fondamentalement normées la névrose, c'est aussi que grand est le risque pour certains de nos patients de vivre dans une grande excitation un entretien où c'est tout le travail de la fantasmatisation qui est empêché. Certains font de l'entretien clinique, et c'est net chez les adolescents très déprimés et très désocialisés, un moment quasi « testamentaire ». Ils sont alors dans l'enjeu de parler une bonne fois pour toutes, comme dans un grand salut ou dans un grand aveu, et puis ensuite de tirer sa révérence en sombrant à nouveau dans le mutisme, l'errance, le manque d'accroche durable et fiable.

Les zones limites de la psyché

Théoriser de telles situations mène il est vrai, à rencontrer une limite dans l'interprétation de la situation d'entretien développée plus haut et qui y voit une forme de lien social, proche, en stricte orthodoxie lacanienne du discours dit « de l'analyste ». Une telle lecture qui a le mérite de ne pas enfermer le débat sur la situation d'entretien dans une compréhension technicienne et limitée, risque aussi de positiver par trop un modèle clinique de l'entretien proche de celui de la névrose de transfert. Les fines remarques de Benjamin Jacobi permettent ici de nuancer un tel parallèle. Et nous sommes invités à un mouvement paradoxal et fécond où s'il est essentiel que l'écoute ne préjuge pas d'un fonctionnement psychique du sujet, encore faut-il assez rapidement au cours de l'entretien clinique accueillir et cadrer des mouvements psychiques qui ressortent d'une désespérance primaire et d'une quête des assises narcissiques primaires. Le corps, le rythme vocal et le ton de la voix des partenaires en présence deviennent alors des facteurs importants de la situation. L'entretien devient alors et plus que jamais un lieu de « réception psychique », et nous reprenons là une belle expression de Catherine Cyssau¹.

Le travail sur les zones limites de la psyché pourrait-il nous indiquer alors deux écueils guettant la tenue d'un entretien clinique, et qui sont de structure. Soit d'une part cette polarité mélancolique où il s'agit pour le sujet de fabriquer un corps du dire presque monumental, que l'aspect minutieux de la mélancolie sculpte avec une façon d'aisance d'autant plus glaçante que ne s'y fait entendre nullement la dimension du semblant. Il nous a livré une totalité indialectisable qu'il ne peut reprendre, qui est comme un ensemble compact. Las ! le sujet peu après cette sidérante livraison se désabonne de son dire et abolit toute sa particularité subjective en quittant la scène de l'énonciation. Cet entretien testamentaire est-il objet de honte ? De haine ? D'autre part, la pente maniaque peut aussi mener à des effluences où la

1. *Au lieu du geste*, Paris, PUF, 1995, p. 22

parole compulsive peut engendrer, par une absence de scansion, un retour de l'énonciation vers l'automatisme de répétition. Le remède à cette dilapidation maniaque des capacités symboliques du dire est-il dans une écoute plus particulièrement centrée sur les émotions et les affects ? Dans un cas comme dans l'autre, compacité mélancolique ou effluence maniaque, peut-on remarquer que certains mots qui renvoient au vide d'image sont comme détachés du flot associatif non qu'ils viennent en distraire son cours à la façon d'un lapsus mais bien parce que signifiant la perte, la rupture et la séparation, ils sont isolés du flux verbal ; préservés aussi de s'allier avec d'autres mots tant sont objet de haine de la part de l'analysant. On se souviendra en écho que pour Winnicott il était des mots prononcés en cure qui avaient valeur d'objets transitionnels et que Lacan, allant plus loin dans le rapport du symbolique au réel (celui-ci surmontant celui-là), posait que certains mots, loin d'être de simples signifiants, pouvaient prendre le poids de bouts de réel.

L'entretien devient alors occasion de saisir ces bouts de réels qui fonctionnent comme des excitants pulsionnels disjoints. C'est, on l'aura compris, l'entretien à visée thérapeutique qui est, par excellence, le lieu et l'occasion de cette élaboration pulsionnelle. Mais un tel rappel ne saurait distraire ceux des psychologues cliniciens qui recourent à la situation d'entretien dans un autre contexte de se montrer attentifs à la charge pulsionnelle de certains moments d'entretiens, de certains états de la parole situées dans un jeu de bascule entre un entendu terrible et haïssable et des propos plus serrés, plus badins, plus conversationnels. Jeu de bascule entre des éprouvés somatiques peu mentalisés et une gamme d'expression d'apparence normée et névrosée.

Présentation du recueil

Tout ce recueil tourne autour de la dimension de l'autre, du langage dans un entretien clinique. Parole, corps, transfert : ce tripode suppose un lieu d'adresse et un espace de création. Transférabilité, c'est-à-dire transférabilité des restes déchus du matériel signifiant, des scories insolites des discours courants, formes errantes vidées de sens, qui donnent au désir impossible à exprimer, les voies de son adresse et de sa figurabilité. Le psychologue clinicien répond donc à un appel solidaire de la capacité du langage à déplacer des équivoques et à créer un manteau de fiction où s'éprouve le sujet à la place d'un réel perdu. Construction qui suppose le franchissement d'une épreuve de déliaison. L'entretien clinique devient alors le nom de ce dispositif par lequel une parole rassemble de la trace tout en lui donnant un statut particulier d'origine trouvée créée. La parole travaille avec et contre le souvenir, avec et contre les séductions primitives, jouant une fonction de coupure/lien ouvrant à l'historisation du sujet.

Spécifier ainsi l'entretien en son lien avec les pouvoirs de la parole, comme l'indiquent si justement Régine Waintrater et Benjamin Jacobi, exige

des choix. Nous avons choisi de réunir des contributions qui nous viennent de professionnels travaillant dans des institutions différentes. Institution de soin (Jacques Cabassut, André Chevance, Catherine Desprats-Péquino, Stéphanie Vernay) mais aussi accompagnement des personnes victimes d'agression (Loïck M. Villerbu et ses collaborateurs), soin psychique en lien avec le travail social (Michèle Benhaïm), psychologie du travail (Lise Gaignard). Les pratiques n'y sont pas univoques. Les modèles théoriques utilisés se réfèrent le plus souvent à la psychanalyse freudienne. S'il semble possible de classer ces entretiens en fonction de leurs objectifs (recueillir un témoignage, accompagner et aider, soigner) afin de ne pas confondre toutes les pratiques d'entretien, il est plus important encore de mettre en relief la dimension des formations psychiques qui se font jour dans les entretiens. Qu'une large part de ceux-ci concerne des sujets dans les confins des symbolisations ordinaires, dans les marges du lien social également, éclaire sur la dimension subjectivante d'un entretien clinique. Ce que ce recueil s'est donné pour tâche d'indiquer à ses lecteurs, qu'ils soient étudiants, enseignants et/ou praticiens.

Chapitre 1

ENTRETIEN CLINIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE

INTRODUCTION

Il convient d'abord de spécifier la situation de l'entretien clinique par rapport à la visée psychothérapeutique. Peut-on parler d'entretien thérapeutique, d'entretien psychothérapeutique, d'entretien clinique à visée psychothérapeutique ?

Chacune de ces formulations a sa raison d'être sans parvenir pleinement à discriminer la qualité, la visée et les modalités de cet entretien clinique.

L'entretien thérapeutique

Il permet de mettre clairement en exergue la visée de ces entretiens sans parvenir à spécifier ses caractéristiques. Rien n'indique notamment la posture, la formation de celui qui conduit ces entretiens : cela peut être un médecin généraliste ou un psychiatre qui peut associer la prescription de molécules à des rencontres régulières où il laisse l'opportunité à son patient de faire le point, manifester ses inquiétudes, renouveler des plaintes.

En l'occurrence dans le meilleur des cas se mêlent une écoute humaine et des paroles de soutien régulièrement administrées – comme les médicaments (à ce propos, on voit s'introduire une des déclinaisons de la psychothérapie, celle du soutien, on peut se demander de quelle nature est ce soutien, et qui soutient qui ? ou encore qui est-ce qui est soutenu ? Manière d'indiquer que cette restriction de la portée de la psychothérapie court le risque d'une installation dans l'assistance, ou de la mise en place définitive d'une prothèse).

La visée thérapeutique de l'entretien

Elle peut concerner également des entreprises éloignées de la clinique classique comme celle des TCC où les rencontres avec le patient ont une vocation au mieux éducative ou rééducative et au pire manipulatrice et suggestive. Retenons pour en différencier notre conception de l'entretien clinique que dans ce type d'interventions, le praticien sait ce qu'il convient de faire, ou plus précisément s'attribue la capacité de trouver et de mettre en œuvre des interventions pour la guérison du malade. En d'autres termes, il sait ce qui est bon pour le malade. Notre conception de l'entretien psychothérapeutique manifeste au contraire que seul le malade est en mesure de discerner provisoirement et progressivement ce qui lui convient. Mais l'usage du qualificatif thérapeutique accolé à celui d'entretien concerne d'autres secteurs et notamment celui des soignants non médecins tels que les infirmiers (qui par ailleurs ne sont plus différenciés en tant que spécialisés en psychiatrie) ou encore des professions comme celles d'orthophoniste, d'éducateurs spécialisés, notamment ceux qui interviennent dans des établissements d'accueil de la souffrance psychique. Il est bien délicat de décrire les modalités de travail de ces différents intervenants. Ils se retrouvent sous la bannière du soin, voire de la guérison et avec des modes divers de pratique d'intervention dans un spectre qui va des petites mains des TCC aux psychanalyses sauvages.

L'entretien psychothérapeutique

La dénomination entretien psychothérapeutique ne permet pas de spécifier plus clairement ces pratiques d'entretien, toutes les pratiques précédentes se reconnaissent volontiers dans cette dénomination. Cette dernière n'indique en rien la démarche du praticien qui la met en œuvre même si l'accent est mis en principe sur une intervention sur la *psyché*, un travail thérapeutique concernant la pensée et la vie affective, les représentations du patient. Cette démarche n'est pas toujours exclusive d'autres remédiations axées sur le fonctionnement biologique. L'association peut s'accomplir à partir du même praticien (psychiatre ou généraliste) ou encore se déployer explicitement entre un psychiste et un chimiste. Ce qui semble prédominer est une visée : celle de soigner, voire de guérir, et surtout de reconnaître la souffrance psychique. La souffrance psychique est au premier plan de la demande des patients, ou encore elle est considérée comme déterminante dans des situations spécifiques d'atteinte somatique, de précarité sociale, dans la mise en œuvre d'actes délictueux ou dangereux pour le sujet lui-même (passage à l'acte suicidaire, toxicomanie, alcoolisme, anorexie, boulimie...).

Dans chacune de ces situations, les patients expriment l'insupportable de leur état, attendent que cet insupportable soit reconnu, accueilli et bien sûr

traité. L'entretien psychothérapeutique est naturellement une réponse, une offre en rapport avec ces demandes, par ailleurs de plus en plus revendiquées dans leur valence psychologique. La diffusion de notions comme celle de psychosomatique contribuent notamment à colorer psychiquement des maladies à détermination biologique.

Une patiente affirmait : « Ou je repars à zéro, je déménage, je reconstruis une nouvelle vie (dans l'arrière-pays méditerranéen, il va de soi) ou je me refais un cancer, je n'ai pas le choix, ce que je vis est invivable. » Elle cherche donc une maison à quelques dizaines de kilomètres de la mer et multiplie les visites, et surtout se plaint en menaçant son entourage de sa propre mort ou de son éloignement géographique. Rien ne permet d'estimer les chances de trouver la maison destinée à repartir de zéro, ni celles de récurrence d'un cancer, mais le psychothérapeute est voué à entendre la souffrance psychique de cette femme, à considérer son sentiment de ruine et d'anéantissement, son recours à la menace qui pourrait relever de celle du bébé hurleur décrit par F. Perrier (1994). Là où semble se déployer un discours assez raisonnable et imprégné d'une idéologie ordinaire sur l'articulation entre détresse personnelle et maladie du corps, il peut s'avérer utile d'y repérer des hurlements mal contenus et de trouver dans le ton d'un commentaire une première forme d'apaisement. Ce n'est pas ce qu'on pourra dire (et encore moins interpréter) qui sera déterminant dans cet entretien, c'est le ton pris pour faire entendre une voix dans le désert interne exposé par cette femme. Un ton qui pourrait se rapprocher de celui utilisé pour apaiser un nourrisson désespéré par l'éloignement de sa mère, un ton qui ne consiste pas à distraire le sujet de sa tristesse, à tenter à tout prix de l'amuser, de lui faire oublier ce qu'il vit. (Je pense à ces auxiliaires maternels qui déploient mille simagrées pour se défaire de la détresse de l'enfant qui leur est confié, de la grimace, de la pirouette, à l'appel à un animal domestique...).

Le ton à trouver est d'ailleurs plus important que les paroles du clinicien si on revient à l'entretien précédemment évoqué : le son de la voix aurait à parvenir à reconnaître l'extrême détresse et à indiquer qu'elle pourrait rester supportable, en tout cas que le clinicien qui s'en fait l'écho n'en est pas irrémédiablement affecté. En l'occurrence l'intervention clinique va consister à rendre audible ce qui est inaudible dans le hurlement. On aura compris que les tentatives d'interprétation, l'incitation à revenir sur d'autres thèmes n'auraient pas d'autres effets que grimaces, pirouettes et autres manœuvres, celles de maintenir et de propager les hurlements du patient en détresse. En fait tout se passe comme si s'amplifiait la douleur au constat que des mesures sont prises pour éviter de la reconnaître, ou pour tenter de s'en distraire (au sens presque pascalien du terme).

Venons-en à la dernière proposition de dénomination : entretien clinique à visée psychothérapeutique.

Il y a une multiplication de dénominations chargées de se démarquer et de la cure classique et de la psychothérapie. Suivi, travail, travail de suivi, rencontre, entretien clinique, suivi par entretien, série d'entretiens, série de rencontres, entretien de face-à-face, entretien duel, entretien de soutien, entretien d'aide. Le désir de ne pas confondre le mot et la chose paraît à l'œuvre. La peur de s'autoriser tout en ne s'interdisant pas reste une constante.

En fait sous des dénominations variées la visée générale reste la même, basée sur un espoir de traiter une souffrance, un insupportable pour le rendre supportable. La question demeure du pourquoi de ces précautions oratoires, qualificatif d'autant plus approprié que la référence à la cure reste dominante ou plutôt la référence à une représentation de l'analyste ; silencieux, livreur d'interprétation, campé dans une neutralité plus ou moins bienveillante. La pratique du ni-ni reste pourtant l'affirmation la plus répandue, ni analyse ni psychothérapie.

Ni psychanalyse parce que les conditions de la cure ne sont pas réunies : pas d'exercice libéral, pratique en institution sur indication sociale ou psychiatrique, parce que l'autorisation n'est pas donnée par le praticien lui-même pour des raisons de formation ou plus généralement en fonction de la problématique personnelle.

Ni psychothérapie parce que la psychothérapie est marquée du sceau de l'infamie. Elle n'a pas le prestige de la psychanalyse, elle a la prétention de soigner voire de guérir, ce que la psychanalyse n'envisage que de surcroît. Elle n'est pas à l'abri du charlatanisme et des sectes, mais si ce risque est réel, il n'a été utilisé que récemment comme mode de récusation. Tout semble se passer comme si l'intention psychothérapeutique, omniprésente, devait être dissimulée, voire déniée – pour se dispenser du risque d'échec, pour (se) dissimuler l'ampleur d'un tel projet.

En tout cas le constat d'un décalage entre l'intention affichée des praticiens et la demande affichée par ces patients est patent. Les uns s'accordent pour offrir un espace d'écoute, de liberté de parole avec absence de tout jugement. Les autres souffrent et espèrent être délivrés du poids de ces souffrances grâce à l'intervention psychothérapeutique du praticien.

Victor

Il s'agit d'un patient qui d'abord constate son extrême difficulté à dire, il la constate et le fait constater. Il s'assoit et ne parvient pas à prendre la parole. Il évite le regard du clinicien, baisse la tête, manifeste sur son visage un mélange de désarroi et de tristesse puis finit par prendre la parole pour dire que la dernière séance avait « été très positive ; qu'il avait pensé à dire beaucoup de choses cette fois-ci mais que ce n'est pas possible, qu'il n'y arrive pas, qu'il n'y arrivera pas. C'est trop dur. Il a peur d'être débordé par l'émotion. Rien que d'y penser il se sent très mal ».





Puis il retourne à son silence. Pendant le temps du silence, l'intervention du clinicien consiste d'abord à repenser au contenu de la dernière séance, le silence du patient le lui permet. Il se souvient que le patient avait notamment évoqué non sans une vive émotion et beaucoup de barrages, une scène de sa vie quotidienne où il avait éprouvé du désir physique, un mouvement homosexuel à l'égard de son « meilleur ami ». Discours qui avait été accueilli sans commentaire et avec une attitude faite d'attention bienveillante de la part du clinicien. Retrouver le souvenir du contenu de la séance lui permet de récupérer cette attention de la séance précédente pour proposer à son interlocuteur de revenir sur ce qu'il a dit en début de séance :

Psychologue. — Vous me disiez tout à l'heure que la dernière séance avait été positive pour vous.

Victor. — *Oui je me suis senti mieux toute la semaine, avoir pu dire ce que je vous ai dit m'a permis d'être mieux.*

— Vous avez dit comment vous étiez attiré par votre ami.

— *Oui et depuis que je l'ai accepté c'est plus pareil.*

Nouvelle installation dans le silence.

Nouveau malaise.

— Vous me disiez également tout à l'heure que vous aviez pensé à dire beaucoup d'autres choses.

— *Je suis retourné chez mes parents ces derniers temps, ça a été très pénible, c'est toujours pareil, ma mère est insupportable et mon père c'est comme s'il n'était pas là.*

— Insupportable ?

— *C'est toujours pareil, elle ne veut pas reconnaître ce qui s'est passé, elle me dit que c'est pas vrai.*

Il revient alors sur une photo de lui enfant où il était habillé en fille. Elle aurait répété que tout ça n'était pas vrai – comme si cela n'avait jamais existé, comme s'il n'y avait pas de photos.

— *Et puis il y a autre chose, elle exagère tout, elle peut dire que je suis très bien en en remettant, ou encore me dire que je suis nul.*

— Vous avez un exemple ?

— *Pour le violon quand j'étais enfant et que des gens venaient à la maison, il fallait que je joue et elle tenait à montrer comme je jouais bien, c'était trop. Quand nous étions seuls et que je jouais du violon, elle m'empêchait et disait que ça suffisait, que tout ce bruit était insupportable, elle criait pour me demander d'arrêter.*

L'ensemble du discours est tenu d'une voix à peine audible, à plusieurs reprises le clinicien demandera à son patient de répéter, de parler plus fort. Ce qu'il fera sans augmenter sensiblement le son de sa voix, ni son articulation. Tout semble se passer comme s'il voulait dire et ne pas être entendu, ou s'il voulait dire avec la crainte de s'entendre dire, ou encore dire et ne pas dire.





Ce patient fait part d'un symptôme en forme de souvenir obsédant, celui d'une relation homosexuelle qui lui aurait été imposée pendant sa petite enfance. Il n'est pas certain que cela ait eu lieu, et la pensée que cela aurait pu avoir lieu est à la fois obsédante et insupportable.

Une tentation pourrait être de communiquer un savoir à peu près évident à ce patient : il est traversé de pulsions homosexuelles dont il jouit et se défend au point de ne pas pouvoir se consacrer à autre chose, notamment se maintenir dans une activité professionnelle, sortir d'une situation de surendettement, ne plus dépendre financièrement de ses parents. Et peut-être également s'installer passivement dans le silence dans l'espace de l'entretien, l'interprétation envisagée par le clinicien pourrait prendre une valeur transférentielle (transfert du praticien) si elle était livrée. Le choix exposé indique que revenir à la parole du patient lui laisse la possibilité de conserver la direction de l'élaboration de ses souffrances. La direction d'un entretien psychothérapique reste l'apanage du patient, son sens et sa valeur s'appuient sur cette nécessité.

Ces conditions d'extrême polémique me paraissent liées à des enjeux culturels et politiques importants, décisifs, actuels et bien sûr à des discussions théoriques. Je choisis délibérément de ne pas les aborder toutes dans cet ouvrage. Il est destiné à rendre compte d'une orientation clinique, articulée à la psychanalyse et reflet de pratiques répandues depuis un demi-siècle en France ; on pourra se reporter aux nombreuses et intéressantes contributions à ce débat politique notamment impulsé par la loi toujours en cours de mise en place sur les psychothérapies.

Il convient donc d'indiquer un premier point de vue fondamental, le but de l'entretien à visée psychothérapeutique ne peut s'en tenir à une visée de soulagement, d'aide immédiate ou différée. Immédiate c'est-à-dire dans le temps même de la rencontre, différée dans un délai qui pourrait être défini par le praticien et demandé par son patient.

Une approche plus positive de cette visée pourrait consister à souligner qu'une souffrance spécifique à la situation d'entretien peut venir à la place de la souffrance motif de la consultation.

Dans l'entretien présenté (*infra*, p. 7-8), Victor manifeste une souffrance dans la rencontre : difficultés à prendre la parole, regards détournés, intention exprimée d'abrégier la séance, ou encore évocation de la grande hésitation à venir au rendez-vous : « *j'ai failli vous appeler pour vous dire que je ne viendrais pas ou même j'ai songé à ne pas venir et ne pas vous appeler, c'est trop dur* ». La conduite de l'entretien implique que cette souffrance puisse être exprimée, puisse trouver à se dire à un interlocuteur qui, sans y être indifférent, n'est pas tenu de la faire céder immédiatement par des attitudes faites de réassurance, de compréhension excessive. Bref il doit trouver les conditions de maintien de la rencontre, d'émergence d'une parole et d'éventuelles associations sans risquer que la souffrance suscitée par la

rencontre (celle qu'organise le transfert) n'entraîne la rupture ou l'arrêt de l'entretien. C'est une ligne de crête jamais évidente à parcourir. Le clinicien ne se situe pas en témoin plus ou moins passif et il est pris pour partie prenante. Quand Victor se plaint de la difficulté à venir, à parler, il trouve un auditeur en mesure d'entendre que ce qui se dit de sa difficulté à être dans la rencontre. Cela pourrait éventuellement concerner une difficulté à être, à exister, à accepter de vivre. Manière de se départir d'une position de simple témoin sans se croire déterminant dans l'exposé de cette souffrance. Souffrance que pourtant le discours de Victor et peut-être sa conviction intime semblent vouloir lui attribuer (affecter).

1 ÉCOUTER ET COMPRENDRE

Le soin pris à écouter tout ce qui est dit, la nécessité de s'appliquer à reconnaître le ton, le rythme, les affects et motions qui provoquent le discours, l'équivocité des paroles qui le composent, tout cela et bien d'autres choses encore qu'il n'est pas aisé de retranscrire, tout cela donc n'implique pas d'être celui qui comprend. Écouter ne s'associe pas à la nécessité de comprendre. Quand un patient se plaint en affirmant : *vous ne comprenez pas*, il se peut qu'il ignore le compliment qu'il énonce. Il se peut également qu'il révèle l'extrême distance, l'extrême surdité du clinicien.

Il reste que pour la visée psychothérapeutique, il convient d'éviter d'être compréhensif ou plutôt d'être trop compréhensif. Au sens où dans la compréhension humide se dissout la distance et se nie la différence, c'est-à-dire s'annule l'effet potentiel du geste clinique de la psychothérapie. Geste qui implique de se méfier des ressemblances (par exemple la ressemblance entre l'épreuve rapportée par un patient et apparemment une épreuve identique traversée par le clinicien). Le positionnement du clinicien implique la mise en œuvre d'une étrangeté (Fédida préfère dire « étrangèreté »). Pour qu'un sujet accède à la singularité de son expérience, à la particularité de son être, il convient qu'il en fasse l'épreuve dans la rencontre clinique, être étranger au clinicien, l'accepter permet, peut permettre de reconnaître puis d'accepter, de faire avec sa propre étrangeté. Ce qui dans le symptôme et la souffrance qu'il véhicule était tenu à l'écart ou bien réprimé pourra très progressivement être rapatrié comme part singulière sinon totalement acceptable.

Quand Victor dit : « *je vous remercie de votre patience* », il ne se plaît pas à reconnaître qu'il a été compris, il constate qu'il peut retenir, réprimer ce qu'il a à dire sans pour cela être compris, sans que soit donné suite à sa demande d'être exclu (*il vaut mieux arrêter là !*), demande souvent exaucée dans sa vie personnelle et professionnelle. Il peut rester en relation en excluant d'être compris et en refusant provisoirement de dire son étrangeté,

l'étrangeté du cauchemar qu'il a noté et qu'il renonce à rapporter dans une séance.

Les tics de langage

À propos de discours ponctués par la formule « d'accord », celui qui les énonce n'est pas toujours lucide sur son exigence d'accord, ou plus exactement ne mesure pas bien combien l'approbation de l'autre lui est indispensable – pour dire, il ne peut se dispenser d'une sorte de certitude apparente sur l'écoute qui lui est accordée. En effet, la formule semble être une mesure de vérification de l'attention portée à une démonstration, un professeur de mathématiques peut ainsi dérouler une démonstration en vérifiant que les axiomes de départ ont été enregistrés pour s'assurer de la bonne marche de la démonstration. Le recours au d'accord ne semble alors viser que la recherche d'une certitude sur la réception d'un message. Le fait que cet usage déborde très largement de la leçon de géométrie ou d'algèbre laisse penser que la requête désignée par la formule n'est pas simplement opératoire, recherche d'efficacité dans la communication. Elle pourrait suggérer au contraire la prééminence d'un doute récurrent sur la réceptivité d'un énoncé. En effet, cette ponctuation outre le doute sur l'attention dont un sujet peut bénéficier, pourrait indiquer une vive incertitude sur la valeur de son énoncé. En d'autres termes, en doutant de l'approbation potentielle d'un interlocuteur, un sujet peut affirmer le doute qui affecte ce qu'il livre dans un énoncé et peut-être également l'incertitude qui le traverse.

Accorder une prééminence à la parole, aux mots, revient à postuler la nécessité d'une distance. Si la parole est le médium privilégié elle interdit de fait l'absence de distance qu'implique le toucher. La démarche psychothérapeutique insiste sur la parole pour permettre l'instauration d'une première distance entre le sujet et son auditeur, distance qui devrait s'accomplir entre le sujet et ce qu'il énonce dans des mots adressés à un autre.

2 L'ENTRETIEN ET LE SOIN PSYCHIQUE

Il conviendra d'insister sur la nécessité du caractère inconditionnel de l'écoute, dans l'entretien en vue du soin psychique et notamment quand le patient fera part de sa déception, de son intention, de sa décision de ne pas continuer la série d'entretiens. Plusieurs attitudes ont classiquement émergé :

- 1) toujours vouée à l'échec, expliquer, justifier la nécessité de la poursuite des rencontres. De fait le clinicien renonce à écouter son patient pour (se) justifier sa nécessité et refuser l'arrêt de la psychothérapie ;

2) plus sadique est celle qui consiste à rappeler imperturbablement le rendez-vous suivant sans autre forme de procès. Cette attitude eut son heure de gloire lors du plein régime de dépendance à la psychanalyse, lorsqu'elle fut une mode et un rassemblement idéologique. Ce temps est révolu et les patients n'obtempèrent plus systématiquement ou s'ils le font c'est par accord avec leur problématique singulière ; ils arrêtent, reviennent, ne reviennent pas, vont consulter un autre spécialiste, arrêtent définitivement.

Malgré les réserves qu'on peut formuler à l'égard d'une extension du consumérisme aux psychothérapies, elles ont un mérite non négligeable, celui de contraindre le clinicien à s'intéresser aux processus, à s'intéresser à la part qu'il prend à leurs avatars.

C'est d'ailleurs cette interrogation qui va nous ramener à la question du soin psychique dans l'entretien. En lieu et place de l'explication justificative, ou encore de l'injonction sadique il convient de revenir au principe essentiel de l'entretien : écouter, écouter encore et notamment écouter ce que le patient a à dire, à propos de la décision d'arrêt. Avec l'idée qu'il a toujours raison même si les raisons qu'il donne apparaissent contestables ou même et surtout dépourvues de raison (au sens où la rationalité n'a rien à voir avec ce qu'un sujet peut dire de son désir de se séparer).

À cet égard je voudrais insister sur la disposition particulière du clinicien à l'égard d'un discours de déconvenue, de déception, de désillusion articulé à la décision de mettre fin aux rencontres. Soyons plus clair, il ne s'agit pas d'une tactique pour maintenir le lien en faisant « causer » le patient, mais fondamentalement de prêter attention à une parole en dépit de la blessure, de la déception qu'elle peut susciter chez le clinicien. Trouver cette disponibilité n'est pas toujours possible, mais reste souhaitable pour permettre au patient de reconnaître ce qu'il dit en commentant sa décision.

En d'autres termes le soin psychique doit pouvoir être accompli jusqu'au terme que le patient définit, jusqu'aux termes qu'il choisit pour formuler un départ programmé par une fin choisie. Cette nécessité fait toujours loi et doit toujours primer sur le désir du psychothérapeute. Chercher à saisir ce qui pourrait déplaire ou désespérer reste œuvre de soin, elle laisse au soin le soin d'opérer en lieu et place de l'égoïsme toujours renaissant du clinicien. Dans l'acceptation de ne pas mener à terme le soin prescrit, il pourrait subsister, au-delà de son terme apparent, un soin que le sujet se donnera sans recours au don de soi si illusoire du soignant.

L'assujettissement de l'autre rappelle Roland Barthes (2003) commence dans le dialogue. Formule heureuse pour rappeler que l'entretien clinique dans la psychothérapie n'est pas dialogue.

Il n'est pas échange de questions et de réponses, encore moins à l'image de la conversation ordinaire, échange de propos pour trouver une solution au problème de la souffrance d'un sujet, avec le cortège de ses conséquences : suggestions, conseils, propos explicatifs, échange d'expériences...

Permettre à un patient d'être en mesure de se retrouver sujet implique d'organiser, de mettre en œuvre les conditions pour qu'il puisse entendre ce qu'il dit et commencer à s'approcher de ce qu'il ne peut pas dire. Dans ces conditions, le dialogue fait toujours courir le risque de dire à sa place – même avec des précautions oratoires (du style : « c'est ce que je pense en vous entendant, ce n'est pas nécessairement ce que vous me dites et n'hésitez pas à me corriger, à me reprendre si vous ne vous reconnaissez pas »). Refuser le dialogue n'est pas refuser d'écouter, voire d'entendre mais c'est reconnaître la vertu psychothérapeutique d'un entretien clinique ; un espace ouvert dans l'intimité d'un sujet par le sujet lui-même.

Charlotte

Une séance ordinaire commence par l'évocation de sa fatigue : elle vient de prendre trois jours de congé et elle est épuisée, sa tension est basse, son médecin l'en a informée ce matin. Elle pensait se reposer, se détendre des préoccupations professionnelles, elle n'a pas arrêté, elle n'en peut plus, elle est vraiment épuisée.

Encore ce matin, elle a dû s'occuper de sa mère, mettre le réveil pour se lever à temps et l'accompagner chez son médecin. C'est une nouvelle source de plainte : sa mère est méchante, exigeante. Elle lui a dit qu'elle était fatiguée et elle lui a répliqué qu'elle ne devrait pas l'être tant puisqu'elle a trouvé le temps de faire les soldes et de s'acheter des chaussures. Elle prend à témoin le clinicien : vous voyez comme elle est méchante. Elle aurait dit à sa mère que sa fatigue tenait aussi à son travail, à ses responsabilités et sa mère (autre preuve de sa méchanceté) aurait répondu : si tu as ce travail c'est grâce à moi et parce que j'ai payé tes études.

Le psychologue estime que cette plainte mérite d'être déposée sans pourtant faire part de ce qu'elle lui suggère. Il pense notamment que la mère formule des remarques qui pourraient relever d'une dénégation de la fatigue de sa fille (veuve depuis 2-3 ans, elle n'a plus que sa fille pour lien et soutien familial). Outre la supposée méchanceté que lui affecte sa fille, elle exprime une satisfaction narcissique de parents (ceux notamment dont les enfants sont allés au-delà de leur niveau socio-économique).

Mais l'évocation de la situation faite par une mère à sa fille se poursuit : *en plus elle ne veut pas se faire soigner ; lors de la consultation de ce matin, j'ai évoqué des signes corporels de lenteur, ralentissement moteur que je constate de plus en plus souvent et le médecin a suggéré de consulter un spécialiste. Elle refuse, elle est vraiment têtue, je ne sais plus comment faire, j'ai peur que si on ne prenait pas à temps ce qu'elle a, ce pourrait être plus grave. Vous voyez comme elle est méchante : quand je lui ai dit : il faut suivre le conseil de ton généraliste et voir un spécialiste, elle a dit : pas question, je n'ai que de l'arthrose et rien d'autre et toi tu voudrais que je sois en chaise roulante.*





À nouveau en même temps qu'il laisse se dérouler plaintes et reproches le clinicien continue d'associer : cette femme est inquiète, voire très inquiète pour la santé de sa mère, elle redoute de la voir diminuée, elle se sent menacée par les signes d'affaiblissement et de détérioration qui annoncent la fin de vie, la partie à venir. La chaise roulante imaginée et redoutée par la mère leur permet de se rejoindre dans une anxiété dépressive, transformée en propos agressifs. Le terme méchante constitue le refrain de ces propos plaintifs ou de ces paroles à tonalité persécutrice que ces deux femmes semblent échanger, partager.

Le travail psychothérapeutique consiste à lui permettre d'entendre cette parole récurrente sans pour cela la relever « méchamment ». Le silence du clinicien face à l'expression de cet insoutenable finit par permettre à cette femme de relever l'adverbe récurrent de s'interroger sur sa « méchanceté ». Dans cette manière d'accéder en partie à sa projection, elle peut revenir à l'épreuve d'une rage venue de l'enfance constituée par l'épreuve des limites de la castration considérée comme radicale impuissance.

3 DU PRINCIPE D'INCERTITUDE AU POTENTIEL CRÉATEUR DE LA SITUATION D'ENTRETIEN CLINIQUE

- 1) L'entretien fonctionne sur un principe d'incertitude¹ ; commencer, conduire un entretien, se disposer pour se mettre à l'écoute d'un interlocuteur implique d'accepter l'incertitude. On ne peut éviter d'être dans l'ignorance de ce qui va être dit. Il y a de l'imprévisible dans ce qui va être produit dans cette rencontre singulière. Rien ne peut être attendu avec certitude mais tout peut être entendu pour peu que celui qui écoute trouve en lui la disponibilité, s'ouvre à l'inattendu. L'inattendu concerne le contenu du discours, le choix des termes pour le mettre en forme, les échos suscités par les paroles pour celui qui les énonce et pour celui qui tente de les accueillir, la voix qui soutient les mots du discours, qui les atténue, les étouffe, les crie, les neutralise.
- 2) La pratique de l'entretien est une pratique de création où la technique, le fonctionnement par automatisme n'a pas sa place. Directement articulée à

1. Les formules latines *semper incerta*, *pater semper incertus*, *mater semper certa* affirment classiquement une manière d'accéder à la certitude. Ce n'est pas si simple. Tout ce que dit un sujet, y compris sur sa mère, est *semper incerta*, s'il y a une certitude biologique sur le statut de mère, il y a une incertitude sur ce qu'elle a été, sur ce qu'elle est dans son rapport au sujet qui en parle. Dans l'autre, il y a toujours de l'autre.

l'idée du principe d'incertitude, la nécessité de faire appel au potentiel créateur me paraît essentielle. Pour celui qui rencontre le clinicien, il doit pouvoir éprouver l'effet d'invention de toute parole ; tant qu'elle n'est pas énoncée il ne peut s'en saisir. Quand elle est livrée, il peut être en mesure d'en reconnaître progressivement la portée pour lui, pour celui à qui elle s'adresse, pour ce qu'elle désigne, décrit et pourrait désigner et décrire. Prenons un exemple simple : un patient rapporte une dispute conjugale, une tâche domestique ; le rangement du linge a suscité une dispute dont l'écho vient se déposer dans l'entretien clinique. De la trivialité de la répartition des tâches à l'intérieur d'un couple, et des détails rapportés pour décrire la dispute deux mots s'associent et surnagent : différence et injustice. Cet interlocuteur ne supporte pas la différence et trouve qu'il y a une injustice. Sans que chacun des interlocuteurs ne l'ait prévu, on est passé de l'évocation de la répartition des tâches ménagères, « *un détail sordide* » à la question de l'acceptation de la différence dans la vie du couple et de celle de l'injustice à l'épreuve de la castration.

- 3) Il y a un berceau, une antécédence médicale, une présupposition médicale à l'entretien clinique. Celui qui s'adresse dans un entretien à un spécialiste vient avec l'idée de trouver la cause à son malaise (mal-être ?), à sa souffrance, à son mal, à sa maladie. Même s'il consent – de plus en plus souvent – avec la diffusion de la psychanalyse, à affirmer que c'est à lui de découvrir les causes, il ne fait que déplacer légèrement, que faire un pas de côté, en affirmant que la rencontre avec le spécialiste, que son écoute ouvrira l'accès à la causalité. Il en est de même pour le traitement, le sujet en demande, le patient, le malade conviendra que c'est à lui de trouver les solutions, cela ne l'empêchera pas d'espérer repérer dans les paroles du clinicien, dans ses silences et ses soupirs des signes d'approbation ou de réserve à l'égard des remédiations évoquées. Il est vrai que, de ce point de vue, il ne se trompe pas nécessairement car une des tâches les plus difficiles du clinicien est de s'en tenir à une position éthique de respect de son interlocuteur pour s'en tenir à la preuve par la parole (R. Gori, 1996).
- 4) L'hypothèse de l'irruption toujours possible de l'inconscient dans un entretien implique le renoncement obligé à la prétention de dégager des recettes et des techniques sur mesure pour la mise en œuvre, pour la conduite d'un entretien. Il est bien évident qu'à l'imprévisibilité du choix du thème et des termes d'un entretien s'ajoute l'inattendu de l'inconscient. Ce dernier se détournera des leurs techniques censés le capter. Cette hypothèse implique également pour le praticien d'être toujours en mesure de se libérer de l'évidence d'une signification imposée par son interlocuteur. Chacun ne peut se dispenser de chercher, de donner un sens à ce qui lui est dit. Ou encore de rapporter à un savoir, à des connaissances les propos qui lui sont adressés. Par exemple si quelqu'un s'adresse à un clinicien pour affirmer qu'il ne peut s'empêcher de se laver régulièrement les mains ; ce dernier, sous l'emprise du désir de diagnostic, ne pourra pas

toujours s'empêcher de songer à une problématique obsessionnelle, ou encore de situer ce registre névrotique dans sa composante œdipienne, se laver les mains pour nettoyer une faute dont le sujet jouit dans la reproduction du symptôme.

Ce raisonnement qui traverse l'esprit du praticien l'empêche de se maintenir à l'écoute d'une expérience singulière. Il croit avoir trouvé ce que recèle le symptôme exposé par la parole produite dans l'entretien et il se peut qu'il ait entre-temps perdu de vue la logique du langage qui gouverne le discours de ce patient catégorisé comme obsessionnel. Sans compter que la plupart du temps les obsessionnels savent qu'ils sont obsessionnels (y compris avec des abréviations diffusées par la télévision comme les TOC) et que cela ne change rien ni à leurs rites obsessionnels ni à la souffrance qu'ils suscitent. Le savoir – pour le praticien et son interlocuteur – peut être destiné à leur permettre de faire avec l'inacceptable d'une limite, d'un échappement d'une castration.

En réalité la question de la place du savoir reste problématique, il ne peut être question de renoncer à son savoir, de toute manière il ne se dissout pas par autosuggestion.

Ce qui peut être utile voire nécessaire est de se dispenser de l'imposer à son interlocuteur. Cette discrétion sur son savoir ne signifie pas pour autant qu'il convienne de se retirer, de s'effacer. Le paradoxe de la clinique tient justement au fait qu'un sujet parvienne à accéder à un sens inédit de ce qu'il évoque parce qu'il parvient à l'élaborer sans recours au savoir du praticien mais grâce à sa présence.

4 TRAVAIL PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE ET DEUIL

La question de l'élaboration d'expériences de pertes est au centre des rencontres psychothérapeutiques. De fait il y a une série de deuils à accomplir pour le patient et éventuellement pour le clinicien.

- Deuil d'une maîtrise de savoir ou deuil d'un autre tout-puissant lecteur des dires de ses patients. Une patiente rapporte des événements ordinaires de sa vie ou éventuellement exceptionnels à ses yeux et demande sur le mode humoristique : *c'est grave ?* Elle n'a jamais de réponse mais reprend régulièrement cette demande. Elle est à la fois très soumise, ne veut rien dissimuler de ce qu'elle vit, tout en laissant entendre que cela reste une épreuve. Épreuve à laquelle elle se contraint dans l'espoir récurrent d'être non soumise à l'inconnu contenu dans ses dires et ses pensées.
- Deuil du deuil : celui qui consiste à accepter d'avoir tout perdu pour ne plus avoir à perdre. Un patient hospitalisé atteint d'une leucémie,

aveugle depuis trois ans à la suite d'un accident, privé de donneur pour une greffe notamment parce que coupé de sa famille restée en Tunisie, depuis trente ans. Bref il affirme qu'il n'a plus aucune raison de vivre et a été hospitalisé à la suite d'une tentative pour se laisser mourir (enfermé dans son appartement pendant trois jours). Il semble convaincu qu'il n'a plus de raison de vivre, il se peut qu'il dise *qu'il n'a plus rien, qu'il n'est rien* pour ne plus avoir rien à perdre.

Au téléphone l'entretien commence quelles que soient les nécessités du travail du clinicien, notamment quand il reçoit un appel alors qu'il est en séance et qu'il est tenu de réduire l'échange au strict minimum : la prise d'un rendez-vous. Une patiente appelle, précise qui l'a adressée et indique qu'elle a quelques petites questions à régler. Ce travail immédiat de minimisation de sa demande pourrait laisser préjuger de l'ampleur de ses difficultés. Manière d'indiquer la distinction entre l'expérience et son récit : le discours n'est pas sans rapport avec l'expérience mais il s'en distingue pourtant foncièrement.

Décision et entretien psychothérapeutique

Un praticien reçoit un appel téléphonique entre deux entretiens : une voix de femme demande un rendez-vous sans autre commentaire. Le psychologue propose un jour et un horaire et demande le nom de sa correspondante pour le noter sur son agenda. La femme au bout du fil donne un patronyme à consonance portugaise (pour les besoins de notre récit : Da Silva) et précise alors que le rendez-vous n'est pas pour elle.

— Pour qui ? interroge le praticien.

Mme Da Silva. — *Pour mon père.*

Le psychologue est tenté immédiatement de se mettre en pilotage automatique (ce qu'il aurait fait s'il avait reçu l'appel en cours d'entretien avec un autre patient) pour dire : « il est mieux que votre père m'appelle » et saluer poliment son interlocutrice. Il se trouve qu'il dispose d'un peu de temps, il l'utilise pour écouter un peu plus cet appel.

— Votre père ne peut pas appeler directement ?

— *Il est en dépression depuis le décès de ma mère.*

Le praticien croit percevoir un ton impérieux de demande de prise en charge et se contente de s'assurer que le patient désigné a donné son accord pour la consultation d'un psychothérapeute. Il croit à l'assurance verbale formulée par cette femme et confirme le rendez-vous.

Le jour de la consultation arrive : deux hommes se présentent une heure avant l'heure prévue. Le praticien, occupé à ce moment-là, est allé cependant ouvrir sa porte puisque le recours à l'ouvre-porte n'est pas utilisable pour un coup de sonnette imprévu. Il est frappé par le constat d'une sorte de dissymétrie entre ces deux hommes : l'un est grand, fort, souriant et aimable ; l'autre est petit, mince et





visiblement intimidé. Il apprend que Monsieur Da Silva est là mais il ignore encore qui porte ce patronyme. Il installe les deux personnes dans la salle d'attente et leur précise qu'il les recevra *dans un moment* en rappelant l'horaire prévu pour ce rendez-vous. Le personnage grand et fort demande alors sur un mode séducteur s'il n'est pas possible d'être reçu un peu plus tôt.

« Je ferai mon possible », répond le praticien en regagnant son bureau. Il va plus tard chercher son patient non sans avoir envisagé de recevoir, dans un premier temps, les deux personnes qui se sont présentées dans son cabinet. À cet effet il a installé un siège supplémentaire en face du sien. Un seul des deux personnages se lève et le suit dans le lieu de consultation. Dès les premières phrases énoncées par le patient, il a confirmation qu'il s'agit de Monsieur Da Silva : sa maîtrise incertaine du français et son accent attestent des origines portugaises que son patronyme avait données à entendre.

Avant d'évoquer et de commenter cette première rencontre, un premier entretien à visée psychothérapeutique, il convient d'examiner un à un les éléments contenus dans ses prémices.

Le premier geste du praticien consiste à prendre directement les appels téléphoniques. Les raisons pécuniaires ne sont pas seulement déterminantes (pas de personnel d'accueil à rémunérer). Il y a une valeur psychothérapeutique dans ce choix d'une accessibilité, en ces temps où des médiateurs techniques (par ailleurs nécessaires et efficaces comme le répondeur enregistreur) prennent trop souvent la place d'un contact simple et d'une présence humaine. Il convient, autant que faire se peut, d'instaurer les conditions d'une relation intersubjective : celle d'une rencontre où la voix de l'un donne un espace à la voix de l'autre.

Si la psychothérapie compose avec l'enjeu d'exister (D. Sibony, 2007) la présence au téléphone peut en constituer une première facette. Même si c'est difficile à évaluer, je ne suis pas loin de penser que des psychothérapies, des psychanalyses n'ont pu commencer faute d'avoir trouvé un correspondant au bout du fil (il est également vrai par ailleurs que d'autres ne commencent toujours pas malgré des semaines, des mois de présence régulière auprès d'un psychothérapeute, des centaines de mots alignés séance après séance). L'existence peut ne tenir qu'à un fil : celui de la présence initiale d'un être vivant face à un discours de souffrance.

Pour témoigner que le geste thérapeutique peut se déployer lors d'une démarche essentiellement pragmatique : la prise de rendez-vous par téléphone, revenons maintenant aux conditions initiales de la demande de Monsieur Da Silva. En n'appelant pas lui-même, ce patient peut suggérer qu'il n'est pas en mesure d'assumer sa demande, ou encore qu'il y a dans sa demande appel à une prise en charge massive, le recours à une dépendance excessive. Sans compter, naturellement, qu'il n'est peut-être pas demandeur et que sa fille le désigne pour une demande qui lui est propre. Sans mésestimer cette possibilité, le praticien accepte cette désignation. Manière d'indiquer qu'il convient d'accepter les chemins choisis par une demande pour se déployer, première forme d'acceptation pleine et entière du symptôme si inacceptable pour celui qui en est porteur. Pourtant ce détour de la demande n'est pas retenu lors de la prise de rendez-





vous. Comment le praticien parvient-il à une sorte de conviction intime qu'il y a bien un rendez-vous pour le père de sa correspondante ? Il est bien délicat de répondre à cette interrogation. Il est indécent de s'aventurer sur le terrain d'un *insight* ineffable, on préférera donc s'appuyer sur cette décision pour indiquer l'orientation d'une démarche psychothérapeutique. Elle est faite d'une série de décisions minuscules en apparence, toutes prises dans l'éphémère des rencontres. En l'occurrence, le thérapeute prend le risque d'une interprétation initiale de la demande. Elle ne repose pas sur la perception évidente de la demande : celle qui consiste à la rapporter à la femme qui téléphone. Sans exclure qu'elle est également possible ou potentielle le praticien choisit d'estimer qu'elle concerne le père de son interlocutrice ; il paraît en cela en accord avec la proposition freudienne notamment développée dans le *Moïse* (Freud, 1939), celle d'aller contre la perception sensorielle, de ne pas s'en tenir aux preuves directes, à l'apparence de l'évidence, désignée plus haut sous les termes de pilotage automatique. On constate à ce propos que le travail de pensée et d'interprétation est d'emblée présent dans la démarche. Une interprétation ne repose pas nécessairement sur une formulation heureuse, une phrase bien léchée (avec le bonheur fragile de l'usage de paroles plurivoques), elle est d'abord décision du praticien, décision de se mettre à l'écoute et en l'occurrence de prévoir qui écouter. Dans le même temps, il convient d'accepter l'incertitude avec une certaine sérénité. Choisir sans avoir la certitude d'avoir raison, choisir sans stagner dans un savoir totalisant représente une constante du geste psychothérapeutique, elle trouvera son plein régime par la suite en s'appliquant à la parole. Parole relevée, soulignée dans le discours du patient, parole proposée par le psychothérapeute pour commenter ou reprendre celle de son patient.

Une dernière remarque sur les préalables de la rencontre psychothérapeutique : la demande de rendez-vous ne s'accompagne d'aucune autre demande de précisions de la part de cette femme.

Pourtant la fréquence de ce type d'interpellations instantanées est en hausse ces derniers temps. Citons les plus ordinaires : « est-ce que la consultation est remboursée par la Sécurité sociale, par les mutuelles ? », « vous prenez la CMU ? », « combien ça me coûtera ? », « à quelle hauteur du boulevard se trouve votre cabinet ? », « vous êtes loin d'une station de métro, laquelle ? ». Pour faire bonne mesure, d'autres entament des négociations sur le jour et l'heure proposés : « je ne peux pas, je travaille à cette heure-là », « je dois aller chercher mes enfants à l'école », « il fera nuit, je ne peux pas », « je préférerais venir dans x jours » (avant ou bien après la date proposée).

Dans notre modernité marchande, la souffrance psychique trouve dans le démarchage téléphonique un allié naturel, bien différent de l'extrême soumission à l'idéal psychanalytique d'il y a quelques décennies. Pourtant ces modalités de la prise de contact avec les praticiens de la psychothérapie laissent filtrer des indices d'ambivalence et d'angoisse avant même que le transfert soit installé.

Pour monsieur Da Silva, ce qui a été livré par l'intermédiaire du téléphone (au sens plein du terme) trouve confirmation dans la mise en place de la consultation. Il ne peut pas s'y rendre seul pas plus qu'il n'a été en mesure d'appeler directement le psychothérapeute. Il a cependant réussi à mobiliser, après sa fille, un





homme dont on apprendra, lors de ce premier entretien, qu'il est un de ses voisins. Voisin aimable et disponible dans une certaine limite : il s'est offert pour assurer le déplacement avec sa propre voiture, mais il semble avoir choisi l'horaire en avançant l'heure du rendez-vous et en tentant de négocier un changement d'horaire. Plus tard, quand en cours d'entretien, le patient se rendra aux toilettes, il sortira précipitamment de la salle d'attente, persuadé que la consultation était terminée. À cet égard le clinicien s'interroge sur ce départ soudain vers les toilettes. Le patient se lève de son siège sans un mot pour ensuite demander où se trouvent les toilettes. L'irruption d'une vive anxiété, voire d'une angoisse indicible trouve une nouvelle forme d'expression. Dans le souvenir de la séance, probablement sidéré par cet agir soudain, le psychothérapeute n'est pas en mesure de se souvenir de ce qui s'échangeait à ce moment-là.

Considérons à présent ce qui s'est dit lors de ce premier entretien. Le patient débute en disant :

— *Ça ne va pas, je suis tombé par terre tout d'un coup, j'étais à D... (village situé dans un département limitrophe et dont on apprendra plus tard qu'il est le lieu de résidence de parents de son épouse décédée). On m'a ramassé, on m'a emmené au docteur, je ne me rappelle de rien. Après quand j'ai vu mon docteur, il m'a demandé si je buvais, je ne bois plus, il m'a donné des médicaments.*

Les paroles de cet homme semblent décrire une sorte de chute brutale, de perte de connaissance, d'évanouissement et il s'efforce de faire participer son interlocuteur à la catastrophe physique et naturellement subjective qui l'a mis à terre. Il tente de décrire dans le détail, les mots lui manquent, il mime la chute devant le praticien. Le psychothérapeute l'écoute silencieusement avec le souci d'éviter de minimiser l'ampleur de l'événement et à l'inverse de s'associer à son hystérisation, il choisit ensuite de revenir au motif de la consultation.

— Votre fille a pris rendez-vous pour vous et m'a dit que votre femme était morte récemment.

— *Oui, elle est morte en novembre (dix mois avant la consultation), je suis en arrêt de travail, je suis tombé, regardez mes mains* (il montre ses mains qui portent des traces de cicatrices).

Et le patient reprend dans les mêmes termes le récit de sa chute, sa soudaineté, la présence de témoins, la nécessité d'être transporté à l'hôpital, de consulter un médecin, la prescription d'un arrêt de travail. Le praticien tente à nouveau de l'inciter à évoquer la perte de son épouse.

— Vous pensez que ce qui vous est arrivé est en rapport avec la mort de votre femme ?

— *Je ne sais pas, elle est morte, c'est ça la vie,* répond cet homme.

Les sollicitations du psychothérapeute, l'invitation à dire sur la mort de l'épouse restent incertaines et inabouties. De fait, le praticien ne parviendra pas à le détourner d'un discours essentiellement constitué par le récit récurrent d'un traumatisme, d'une atteinte physique vécue comme une sorte de cataclysme. Il obtiendra des éléments d'anamnèse : son âge, celui de sa femme, des précisions sur sa famille, sur les circonstances de son émigration du Portugal vers la France. Il fournira des précisions sur ses enfants : il a un garçon de 14 ans et une fille de 18 ans.





- Elle va passer son permis, la voiture est dans le garage, elle l'attend.
- C'est votre voiture ? demande le praticien.
- Non, je l'ai achetée pour ma fille, je n'ai pas le permis, je ne conduis pas.

Monsieur Da Silva insistera également sur le fait que son épouse avait de la famille en France ; quant à lui, il est seul, toute sa famille est restée au Portugal.

Invité à préciser les circonstances du décès de son épouse, il dit :

- Elle a eu un cancer du sein, il y a cinq ans, elle a été guérie et maintenant elle est morte.

Il s'embrouille un peu dans ses explications et dans son usage de la langue et finit par faire comprendre qu'elle est décédée des suites d'une récurrence du cancer du sein. Toujours en réponse au praticien, il fournira des précisions sur son activité professionnelle : il exerce dans un métier du bâtiment et des travaux publics. Ce sera pour lui l'occasion de revenir sur son discours initial :

- Je ne peux pas reprendre mon travail, je pourrais encore tomber et je travaille sur des échafaudages.

En réponse à chaque demande de précision venue d'un psychologue soucieux d'obtenir des éléments d'anamnèse, le patient fait retour sur le réel, réel du corps, réel de la mort. Dans l'actualité de la séance, il tient à faire partager ce non-maîtrisable, cet imprévisible. Ce mouvement s'effectuera jusqu'au terme de la séance au moment de fixer un rendez-vous apparemment souhaité par le patient. Le patient posera cependant deux conditions : la consultation préalable, déjà fixée par une date, de son médecin traitant et à la suite la prise de rendez-vous auprès du psychologue par l'intermédiaire de sa fille. La consultation médicale préalable a pour visée d'obtenir à terme une pension d'invalidité. Il présente les choses dans les termes suivants :

- Comme ça je n'irais plus travailler pour mon patron et je ferais des gâches^a.

Pour choisir une date, il dit :

- Ma fille vous appellera.
- Vous pouvez me téléphoner directement, suggère le psychologue.
- Le téléphone c'est ma fille, moi, je ne m'en sers pas.
- Si vous êtes d'accord, je vous demande de m'appeler, finit par prescrire le psychologue.

Suivons pas à pas le discours de ce patient. Il installe d'emblée dans la rencontre, une sorte de récit d'un traumatisme, il en indique la brutalité, le caractère inattendu, brutal. Il tente de rendre audible l'inouï d'une expérience très douloureuse. Il décrit la version physique d'un effondrement psychique. Confronté à une épreuve de perte, il va immédiatement à l'essentiel de ce qui accable l'endeuillé : l'effondrement ou le retour d'un effondrement, d'une chute inexplicable pour laquelle les mots sont rapidement insuffisants. Quand les gestes remplacent les paroles, la maîtrise incomplète de la langue n'est probablement pas déterminante. Il singe sa douleur faute de pouvoir la dire.





Chaque sujet, à l'occasion d'une épreuve de perte, a recours à des modes singuliers pour la dire. Le plus souvent, les premières paroles concernent l'objet visible de la perte : le proche disparu et sont alors évoquées sa souffrance, les circonstances de sa disparition, sa place dans la vie du survivant. De fait ces paroles vraies, authentiques ne vont pas vers l'essentiel de l'expérience de la perte, celle d'une blessure, celle de la conscience soudaine d'une insupportable limite qui affecte en premier lieu l'endeuillé lui-même.

Pour ce patient, aucun mot énoncé directement sur la personne disparue, sinon à la demande du praticien, une formule très générale, une sorte de dicton : « *c'est ça la vie* ». Sans détour, il est centré sur ce qui l'accable, il ne peut qu'invoquer l'expérience subjective de son propre évanouissement, de sa propre disparition. Manière d'indiquer sur un mode radical combien la mort d'un proche renvoie le survivant à sa propre finitude, à l'insupportable de penser, de se représenter sa mort. Blessure narcissique, épreuve de castration paraissent à l'œuvre dans la répétition de la description de la chute. On peut cependant envisager d'y reconnaître une autre dimension : celle de *la crainte de l'effondrement* (Winnicott, 1975) évoquée dans le concret de son expérience professionnelle (une chute sur un chantier). Winnicott (*ibid.*) souligne à cet égard que cette crainte est liée à l'expérience antérieure de l'individu et à *l'inconstance de son environnement*. Sans préjuger de l'existence d'autres éléments d'inconstance dans l'histoire singulière de ce sujet, il convient de remarquer qu'il souligne lui-même cette situation en insistant sur sa solitude, sa coupure de sa famille d'origine et le lieu de sa chute (hors de son domicile, chez des parents de sa femme).

On peut également penser que dans le dispositif de l'entretien, cette inconstance potentielle est en partie bannie. La présence d'un accompagnateur jusqu'à la salle d'attente du praticien pourrait en être l'indice. Il y a un *état de choses impensable* (*ibid.*), l'organisation défensive de ce patient, le recours au mime pour l'exprimer en présence du psychothérapeute pourrait en attester.

Il convient de noter que ces spéculations interprétatives sont suscitées dans la pensée du clinicien par ce qui est mis en œuvre dans la rencontre. La tentation de rechercher dans la biographie des éléments de la problématique potentielle doit être soumise à l'observation de ce qui se déploie dans l'entretien et dans le discours du sujet. Dans l'espace de la rencontre, dans les conditions de sa mise en place et dans le discours produit semble s'esquisser un autre aspect de la problématique de sujet : le choix d'une dépendance extrême à son environnement proche. D'abord dans le récit aussi spectaculaire que possible de la chute, une perte de conscience considérée comme une catastrophe, ensuite la nécessité d'être soutenu par sa fille et son voisin pour se rendre à la consultation, enfin par le souhait de pérenniser ce mode de soutien pour envisager la suite des entretiens.

Quelle est la démarche du psychothérapeute ?

Cela a déjà été précisé dans la présentation de cet entretien : penser à ce qui se passe et à ce qui est dit. L'ensemble des commentaires précédents n'est que la retranscription de réflexions issues du temps de la séance. Manière pour nous de rappeler qu'une part essentielle du travail du psychothérapeute est celui de la pensée. En l'occurrence l'impensable de la mort ne manque pas d'affecter son





attention. On le constate dans le décalage relatif entre ses interventions et le discours du patient. On peut estimer compréhensible que le praticien ne se précipite pas dans un commentaire sur le récit de l'épisode traumatique mais, en lui substituant un retour sur le motif de rendez-vous, il pourrait paraître l'ignorer. S'il semble ignorer ce qui bouleverse son patient, ce dernier, au-delà des effets ordinaires d'une expérience traumatique, ne peut que répéter. Peut-on envisager que le praticien soit traversé par une tentation de déni ? Le fait qu'il propose un peu plus tard de revenir sur les circonstances du décès ne contredit pas vraiment cette hypothèse dans la mesure où cette sollicitation se trouve à distance des préoccupations formulées à ce moment-là par son patient. La réponse convenue (« c'est ça la vie ») en témoigne, même si elle est également indispensable pour ce patient. Les rationalisations techniques d'une pratique classique de l'entretien (un premier entretien doit permettre de recueillir des éléments d'anamnèse ou encore s'appuie sur l'idée que l'indicible peut trouver à se dire puisque le praticien l'aborde) ne suffisent pas non plus pour laisser de côté la part d'investissement transférentiel propre au praticien. Transfert où pourrait se mêler un désir de consoler (au sens du *cum solum*), de ne pas laisser le sujet dans la solitude provoquée par la perte, ou encore peut-être l'espoir d'entendre des modes de son traitement utilisables pour se remettre de ses propres pertes. De fait le sujet va se faire entendre malgré les interventions du clinicien (voir p. 19). Ce qui vaut pour ce premier entretien garde tout son intérêt pour ceux qui pourraient suivre. La discrétion est toujours de rigueur et, comme on le constate dans ce premier contact, elle ne s'applique pas qu'aux interprétations prématurées. La décision d'intervenir a le plus souvent un intérêt limité, elle pourrait bien s'enraciner dans une suspecte tendance au don de soi. Elle fait courir le risque de la suggestion. La découverte freudienne n'a jamais anéanti cette propension à installer chez l'autre ce qu'on imagine vrai pour soi. Le refus de suggérer par lequel se justifient les silences obstinés ne transforme pas pour cela toute intervention en instillation suggestive. Ce patient manifeste clairement que cet effet est limité voire nul. Peut-on y reconnaître une marque positive du désenchantement à l'égard de la psychanalyse ? Quand cet homme de condition modeste ignore la soumission idéologique accordée *a priori* à la psychanalyse, il rejoint la cohorte des patients de notre modernité consumériste. Il veut éviter de retomber, il compte sur les divers soignants et le système de protection sociale pour parvenir à cette fin. Revoir son médecin, obtenir une pension d'invalidité, travailler au noir sont sur le même plan que revenir consulter le psychothérapeute. Pour utiliser une formule triviale issue du parler lycéen, « il s'est fait un plan » pour soigner sa souffrance.

Le psychothérapeute est attentif à plusieurs autres éléments du contenu du discours de ce patient : l'absence de permis de conduire pour un homme qui va de chantier en chantier dans toute la région, le refus apparent d'utiliser le téléphone. Ne pas conduire, ne pas miser sur sa propre parole pour entrer en contact apparaissent comme autant de formes d'assujettissement à l'environnement. Ces éléments s'articulent au ton général de la plainte, celle d'un être, d'un enfant démuné. L'écrit ne peut retraduire ce qui s'entend dans la rencontre où s'indique avec force, ce que le transfert révèle dans l'espace de tout travail psychothérapeutique : la présence de l'enfance du sujet dans l'appel au psycho-





thérapeute. En règle générale l'apparition de l'enfant en souffrance, l'émergence de désirs infantiles pour un adulte demandeur exigent un peu de temps. Dans le cas présent, ce délai semble supprimé, c'est dans et par sa détresse que ce sujet espère inconsciemment reconstituer du lien. L'avènement d'une perte pourrait faire ressurgir avec force une détresse primitive que la conjugalité et l'insertion sociale avaient réussi peut-être à immerger.

Les paroles énoncées en fin d'entretien par le praticien, l'invitation à faire usage personnellement du téléphone pour fixer le prochain rendez-vous s'inscrivent comme une décision psychothérapeutique. Il choisit de l'inciter à rester sujet tout en reconnaissant son accablement. Le geste thérapeutique s'accomplit dans cette offre en forme d'exigence. Il lui dit qu'il peut faire face, il se démarque d'une modalité après y avoir souscrit en acceptant la fille comme intermédiaire. Il manifeste à son patient que son sentiment de solitude ne le conduira pas nécessairement à renoncer définitivement à établir un contact, à construire de nouveaux liens. Plus qu'une interprétation, plus que le faire-part d'une interprétation, le travail du praticien dans l'entretien clinique à visée psychothérapeutique est le fruit de décisions. J'ai tenté d'en rendre compte à l'occasion d'un premier entretien, cet engagement du psychothérapeute, avec quelques autres, s'applique à chaque entretien. Un patient vient énoncer ses souffrances et le psychothérapeute décide et accepte de s'en faire destinataire. Ce patient est également engagé dans une décision : celle de ne pas renoncer malgré les interventions du psychothérapeute. Il permet au praticien d'oser se prescrire.

- a. Une gâche est un service rendu pour un bon prix réglé en espèces. En pays méditerranéen, cela peut aller d'un petit travail de peinture en bâtiments à la construction d'une piscine. Si le mot est franco-provençal la chose s'étend bien au-delà de ce territoire sous les termes de travail au noir.

5 L'EXPÉRIENCE ET LE RÉCIT

Distinguer l'expérience de son récit est un des apports fondamentaux de la pratique psychanalytique. Il est naturellement essentiel de la reprendre dans une définition de l'entretien clinique à visée psychothérapeutique. Quand un sujet témoigne d'une expérience douloureuse, d'une vie particulièrement éprouvante, chaque clinicien peut être tenté de souscrire directement à l'émergence de ces réalités douloureuses ou éprouvantes. Il peut se laisser gagner par l'horreur du témoignage, s'immerger dans l'effroi tragique du récit rapporté. Pourtant le récit de l'expérience n'est pas l'expérience et, faut-il le rappeler, le récit a une logique qui ne renvoie pas qu'à la réalité de l'expérience. Cette logique fonctionne pour elle-même ou plutôt se rapporte à la logique du langage pour s'accorder à la logique du sujet récitant ; mais le tragique de l'expérience évoquée n'est pas la seule modalité.

Une femme souffre d'une inhibition importante, elle vient consulter après d'autres expériences psychothérapeutiques en annonçant avec beaucoup de calme et un sourire bienveillant, qu'elle est en train de terminer des études universitaires (Master I^{re} année) mais qu'elle ne parvient pas à travailler, à se rendre à l'Université. Elle vient pour mettre un terme à cette situation parfaitement inexplicable, elle trouve de l'intérêt à ses études, elle ne veut pas augmenter son retard, elle voudrait ne plus dépendre de ses parents, elle aspire à avoir des enfants, mais y renoncera tant qu'elle n'aura pas une activité professionnelle. Tout semble parfaitement clair et rationnel sauf cette absurde impossibilité à se mettre au travail. Elle précisera qu'il lui arrive d'y parvenir quand son *petit copain* accepte de rester quelques jours avec elle, en dehors du week-end qu'ils passent régulièrement ensemble.

« Vous ne pouvez pas vous mettre au travail quand vous vous retrouvez seule », commente le psychothérapeute, ce qui entraîne toute une série d'associations sur des séparations, sur le dimanche après-midi de ses années de collège où déjà elle ne pouvait pas travailler à la perspective de quitter sa famille pour regagner sa pension. Elle conclut la séance en appréciant positivement le contenu de la séance, en laissant entendre qu'elle aurait découvert les rapports entre souffrance de la séparation et barrage dans la mise au travail.

À la séance suivante, toujours souriante et bienveillante elle annonce (presque triomphalement) que rien n'a changé, qu'elle ne s'est pas rendue à l'Université, qu'elle n'a rien révisé alors qu'un examen semestriel devient de plus en plus proche. Bref tout semble se passer comme si elle tirait bénéfice, éprouvait du plaisir à démontrer que le travail thérapeutique est sans effet, que rien ne peut venir à bout de son symptôme, qu'il triomphe de toutes les oppositions, de toutes les manœuvres destinées à le faire céder. Bref dans le dispositif thérapeutique, elle continue le combat contre un ennemi intime en anéantissant l'effet apparemment reconnu du travail psychothérapeutique. Qui est cet ennemi intime explicitement logé chez le psychothérapeute et dans l'absence d'effet de la psychothérapie ? L'hypothèse selon laquelle il pourrait résider dans l'intimité familiale est également et facilement abordée par la patiente, en évoquant la personnalité de sa mère, décrite comme d'une exigence sans bornes pour elle et les siens, une exigence sur le scolaire qui se heurte au mur indestructible de son inhibition. Comme elle s'affronte avec un succès non démenti à l'influence supposée du psychothérapeute. Pourtant l'intimité ne se situe pas seulement où la patiente (et le thérapeute s'il s'en tenait aux descriptions détaillées des méfaits récurrents de la mère et des effets continus de la thérapie) la cantonne. Elle est au cœur de son être et inscrite dans un discours censé la décrire. Plus elle semble se rapprocher du sens de son inhibition, plus elle parvient à s'en éloigner.

6 INTERVENTION ET PSYCHOTHÉRAPIE

Un clinicien psychothérapeute parvient à mesurer, à limiter ses interventions s'il est en mesure de tenir compte de l'effet produit par celles-ci sur leur destinataire. Chaque patient peut espérer une parole de soutien, ou encore des mots destinés à l'aider à comprendre, à se comprendre. Il peut aspirer à des explications voire des conseils et constater avec effroi que la parole du thérapeute est à la fois attendue et terriblement redoutée. Victor affirmait ainsi qu'une intervention du clinicien l'avait « *secoué* », il avait essayé de s'en défaire, dans une inactivité de quelques jours ponctuée de longues séquences de sommeil. Comme s'il s'agissait d'oublier une intervention probablement prématurée, une interprétation à la fois réclamée sur le mode : « *je ne comprends pas* » réitérée régulièrement et redoutée douloureusement. L'appel au sens, à la signification exprimé avec la plus grande ferveur se conjugue avec la terreur d'entendre.

D'autres patients apparemment avides d'une parole venue du praticien parviennent à ne pas l'entendre, à ne pas la comprendre lorsqu'elle est énoncée. Ils veulent comprendre et évitent de comprendre.

6.1 L'intervention dans l'entretien clinique à visée psychothérapeutique

Comment faire ? Que dire ? Que répondre ? Comment se placer, se positionner (dans l'espace, dans le discours) ?

Voilà quelques questions, parmi beaucoup d'autres qui surviennent à propos des premières occasions de pratiquer l'entretien.

Naturellement il n'y a pas de réponses uniformes, de techniques générales pour proposer des réponses. La singularité des situations, la part de créativité que chaque clinicien engage dans sa pratique ne peut que rendre méfiant sur l'administration de recettes.

Toutefois il s'agit de réfléchir à ces interrogations d'apparence techniques à partir de la notion d'intervention.

Il convient d'abord de décomposer le terme : inter-venir est venir entre. En l'occurrence dans l'entretien toute intervention comporte un risque qu'il convient d'appréhender. Ce risque est celui d'une interposition. Interposition entre le sujet et son discours, obstacle posé qui empêche l'accès à une intériorité à peine entrevue. Interposition entre le sujet du discours et son destinataire. En effet un clinicien en s'exprimant peut faire courir le risque de centrer le sujet sur ce qui le préoccupe, sur ce qui l'intéresse et donc de détourner le sujet de ce qu'il était en train d'adresser à un destinataire, le

priver de la possibilité de s'entendre dire. Même si le clinicien part du discours du sujet, de son thème, de sa forme pour intervenir, il n'évacue pas la possibilité de s'en servir de pré-texte pour développer un texte qui lui appartient et du coup déposséder son interlocuteur de ses propres énoncés, recouvrir le texte de son patient. Ce risque rapidement esquissé va guider nos réflexions sur quelques interventions de psychologue débutant dans l'entretien clinique, va aider à prendre la mesure de la nécessité des interventions et de leur pondération renouvelée.

L'ordre chronologique sera choisi pour effectuer ce travail d'appréciation – par ailleurs propre à chaque entretien et à inventer pour chaque patient. La première intervention se situe avant le début de la rencontre proprement dite : dans le choix de l'espace matériel, dans l'organisation de cet espace. Il appartient au praticien – sinon de choisir l'espace du moins de prendre en charge sa disposition ; même si celui-ci ne dispose pas d'un bureau, il lui appartient de veiller à l'installation de son interlocuteur, de lui indiquer qu'au sein d'un espace institutionnel plus vaste il prend soin de disposer un secteur plus intime (diminuer le son de la télévision, se mettre dans un endroit où on risque moins d'être dérangé). Cette mise en place est à faire et à dire (notamment dans le cas, je le sais assez fréquent, où le clinicien ne dispose pas de lieu de séjour et de pratique réservé).

L'intervention préalable consiste donc à veiller au confort, à la bonne distance (physique et donc psychique) entre les interlocuteurs, à la garantie d'une intimité au moins égale à la durée de l'entretien. En l'occurrence il ne s'agit pas essentiellement d'intervenir mais de venir vers l'interlocuteur qui a choisi de venir vers le clinicien.

Quant à l'intervention, l'interposition, elle s'avère indispensable en direction de l'environnement de la rencontre clinique, environnement matériel en préservant une intimité minimale, environnement humain en s'assurant que pour la durée de l'entretien, la séparation est assurée et supportable (séparation des proches, des familiers, des autres soignants...). Bref on comprend que l'intervention préalable vise fondamentalement à séparer le sujet pour lui permettre de re-trouver son intériorité, son intimité. Le séparer pour qu'il se retrouve.

La présence du clinicien dans l'entretien constitue le deuxième aspect de l'intervention. Une présence qui n'a pas besoin d'être bruyante pour être reconnue. Il ne s'agit pas de s'affirmer mais plutôt d'être là, de signifier sa disponibilité sans insistance. Le silence est le plus souvent associé à cette présence. J'estime, en effet, que pour qu'un sujet parle, dise, il convient d'abord de se taire. Du silence peut naître la parole. Il reste que rester silencieux peut être un mode d'intervention particulièrement inopérant, voire nocif pour la prise de parole. Il est des silences froids et distants qui immobilisent, qui figent tout énoncé. Silence animé par la gêne, ou encore le sentiment de n'être pas à la hauteur, d'être dépassé. Ce qui circule en deçà de la

parole est une sorte d'impossibilité de s'assurer présent dans la rencontre. Ou encore à être présent dans une sorte de rôle mal assimilé, un rôle de composition structuré par une imitation des apparences extérieures – celui classiquement attribué à un modèle envié : le psychanalyste silencieux. Modèle régulièrement caricaturé dans des films où la présence du psychanalyste est donnée par ce style extérieur convenu : l'impassibilité silencieuse et la production régulière de sons inarticulés censés accueillir et encourager la parole de ses patients.

En fait il est possible d'être présent et vrai dans le silence. L'intervention est alors attente de la parole et respect d'un silence initial quelquefois nécessaire. L'intervention peut également être attente d'un dire après la formulation précipitée de paroles vides destinées à combler le vide et qui ne font que l'accentuer. En tout état de cause ce qui préside à ce mode d'intervention est l'idée que la parole de l'interlocuteur est primordiale, est au centre de l'entretien, est au centre des intérêts du clinicien pour être au centre des intérêts de son interlocuteur. On va s'intéresser à ce qui va se dire pour que celui qui énonce porte intérêt, curiosité, sens à son discours. Si le silence est condition d'émergence de la parole on ne peut se dispenser d'une invitation préalable et fondatrice de l'entretien, une invitation à dire. Il convient de rendre aussi explicite que possible cette invite à dire sans orienter le discours de son interlocuteur, sans le centrer sur un terrain trop restrictif, sans le limiter à ce qui pourrait nous intéresser. L'intervention consiste donc à encourager la production d'un discours, à stimuler l'émission d'une parole tout en laissant à nos interlocuteurs l'initiative pleine et entière concernant son contenu, son thème et sa forme. Du coup la tentation est à nouveau forte de reprendre la règle fondamentale de la cure : « Dites ce qui vous vient à l'esprit sans restriction, ni censure. » Il me semble que cette procédure est déplacée dans la pratique première d'un psychologue clinicien, et naturellement d'un psychothérapeute. Il me semble nécessaire, souhaitable – c'est peut-être un conseil, une recette – de partir de la demande qui a suscité la rencontre, provoqué la rencontre. En l'occurrence la parole est donnée à partir d'une formulation qui reprend ce qui est connu et su avant la rencontre. Le souhait de rencontrer un psychologue, de parler à quelqu'un... Entre autres il se peut également que l'on ignore ce qui a provoqué le face-à-face, l'intervention initiale visera explicitement à permettre que soit dite la cause émergente, le motif immédiat de l'entretien. Une fois la parole donnée, les interventions suivantes pourront viser à soutenir la production d'énoncés. Ce soutien n'est pas nécessairement spectaculaire même s'il convient qu'il soit visible. Tourner la tête, lire ostensiblement un document, consulter son agenda ou sa montre en disant je vous écoute ne suffisent pas toujours à conserver le flux de paroles de son interlocuteur. À l'inverse trop se rapprocher, multiplier les sourires de sympathie, afficher des marques répétées de compassion peut s'avérer intrusif et inhiber la parole ou plutôt l'orienter vers ce qui apparemment intéresse tant, suscite tant de sentiments compréhensifs.

Une intervention de soutien vise avant tout à conserver l'initiative de la parole, de son contenu, de sa forme au locuteur. Soutenir sans orienter amène maintenant à reconnaître les points de recouvrement entre intervention et interprétation. Pour certains psychanalystes, toute intervention est interprétation. La rareté des interventions donne nécessairement du poids à chacune des interventions – le moindre mouvement de l'analyste à l'intérieur d'un contexte immuable et silencieux prend un relief important. Le mouvement de concentration opéré par le transfert donne à la parole de l'analyste, ou même à une simple relance de sa part une valeur interprétative. La parole du patient va prendre un sens non prévu du fait même de sa reprise par l'analyste. L'intervention sera interprétation par la pertinence du moment choisi pour être effectuée.

Ce détour par l'expérience analytique permet maintenant de reconnaître l'enjeu d'une intervention dans l'entretien clinique à visée psychothérapeutique. La précipitation dans une intervention peut prendre la consistance d'une interprétation sauvage sans intention de la donner. Ce rappel en langage juridique pourrait indiquer le caractère transgressif de cette modalité d'intervention, en l'occurrence la parole du patient ne trouve pas accueil et disponibilité mais se heurte à la tentation de se précipiter dans une recherche hâtive de significations latentes. Laisser du temps au locuteur pour dire, prendre son temps pour interpréter ou intervenir sont des précautions constantes.

À la suite de ces propos très généraux sur l'intervention, la nature, l'opportunité et la forme des interventions pourraient à présent être approchés à partir de quelques modes d'expression observés chez les interlocuteurs des psychothérapeutes. Il n'est pas rare d'être en présence de propos séducteurs ou plutôt de remarques d'apparence séductrice. J'ai déjà fait allusion à des personnes qui tiennent à dire avant et/ou après l'entretien que « *ça leur a fait du bien de vous parler* ». Pour d'autres dès la première rencontre – je pense notamment à des patients hospitalisés de longue date en psychiatrie et qui ont déjà connu des psychologues stagiaires régulièrement – les paroles sont plus explicites vantant les qualités physiques, la disponibilité évidente du clinicien et enchaînant sur des avances ou des propositions. Pour intervenir à la suite de ces mouvements il convient de les situer pour chacun des interlocuteurs de l'entretien, de préciser le statut de modes d'expression séducteurs. Il se peut que pour chacun des interlocuteurs le statut du discours de séduction soit le même : viser à plaire, à satisfaire son interlocuteur pour l'amener à soi, le conduire sur un terrain qu'il n'a pas choisi. Il s'agit de disposer du désir de son interlocuteur à partir de son propre désir. Reprendre, entendre une phrase comme : « *ça m'a fait du bien de parler* » consiste à se détacher de la sincérité d'une écoute « à la lettre » et à s'interroger sur l'intention inconsciente de ces propos gratifiants. La part de vérité de cette gratitude n'est pas nécessairement à rejeter, elle peut pourtant être également indice d'une crainte encore mal dissipée ou encore d'un besoin de restaurer un interlocuteur encore incertain. L'intervention dans ce cas, sans être forcé-

ment immédiate, visera à maintenir une sorte de sécurité dans la rencontre en présence de l'angoisse, de l'anxiété d'un sujet pour lui-même ou pour son interlocuteur clinicien (ce qui pourrait être projection en présence d'un tiers qui s'y prête).

Le statut du discours de séduction peut être radicalement différent pour chacun des interlocuteurs, dans la situation présentée à l'instant où ce qui est présenté sur un registre génitalisé et sexuel peut être entendu et repris sur un registre différent, notamment préœdipien et narcissique. Le compliment lourd, insistant, l'avance précipitée, indiquent d'abord l'absence de distance, ou plutôt une sorte de négation des formes conventionnelles d'entrée en relation. Faire la cour n'est pas alors signe de courtoisie. Mais ces sujets font-ils vraiment la cour ? L'excès de leurs compliments peut d'abord donner à penser que – comme dans le cas précédent – l'angoisse est si prédominante qu'elle nécessite de transformer au plus vite l'interlocuteur en auditeur inconditionnel.

Sur un mode narcissique dépassé un sujet peut chercher à s'admirer dans l'effet produit sur son interlocuteur. Il est délicat de proposer des interprétations générales de mouvements nécessairement singuliers. Ce qui reste, par contre, à reconnaître, à spécifier est le mode d'intervention face à des manœuvres de séduction déplacées et déstabilisantes. Je pense d'abord que même si elles s'expriment sur un mode d'apparence névrotique, elles ont une sorte de pouvoir contaminant fait d'angoisse et d'incertitude sur une continuité de l'être. En quelque sorte, dans une accentuation différente, ces discours fonctionnent de la même manière qu'un discours délirant (en l'occurrence on peut penser à l'érotomanie). À respecter en tant que formes symptomatiques ils ne doivent pas empêcher de maintenir la relation d'entretien ni interdire le maintien d'une bonne distance. Pour parvenir à ce double maintien il convient de situer l'effet produit par ce discours sur le praticien, et de constater qu'il n'est pas rare d'observer une sorte de sidération, de malaise. Tout semble se passer comme si le clinicien ne pouvait s'empêcher de croire qu'il suscite admiration, gratitude, désir pour son interlocuteur. Ce que dit éprouver son patient est accueilli sans véritable réserve. Sans parvenir à véritablement penser ce qui lui est adressé le clinicien y réagit. Gêne, sidération, malaise pourraient traduire une partie du désir à être clinicien : produire, faire de l'effet. On peut donc imaginer le désarroi intense produit par un premier entretien où un interlocuteur dit sans précaution ni réticence ce qui anime le désir d'être clinicien et qui doit si brutalement être reconnu pour être éventuellement dépassé. Naturellement cette intention narcissique inconsciente trouve à se dire, à se rationaliser en d'autres termes : aider, permettre le changement, soutenir, guérir, soulager. De ce point de vue les patients d'apparence séductrice se livrent à une sorte d'interprétation sauvage du désir à être clinicien. Désir de reconnaissance auquel il conviendra de progressivement renoncer pour se centrer sur le patient et sur son discours.

L'intervention pour être possible implique donc d'être en mesure de reconnaître et d'analyser pour soi l'impact suscité par la parole du patient, ce travail peut être effectué dans l'instant, peut être différé ou nécessiter d'être repris au cas par cas dans une élaboration distanciée.

À l'inverse de propos fournis, nombreux, gratifiants et agressifs la question de l'intervention se pose également en présence du silence des interlocuteurs du clinicien.

Certains patients commencent par se taire, par produire un discours très minimaliste, ou encore s'installent très progressivement dans un silence trop souvent ressenti comme lourd et pesant. Une remarque s'impose d'emblée : si quelqu'un a accepté une rencontre, s'est éventuellement déplacé pour aller voir un praticien, il convient de considérer qu'il a l'intention, l'espoir, le souhait de dire.

Le silence initial ne contredit pas nécessairement ce postulat, il en montre les facettes. L'intention de s'exprimer n'est pas toujours suffisante, elle peut s'articuler sur la nécessité d'une intervention du clinicien. Intervention composée d'attention bienveillante, d'une qualité de présence à son interlocuteur. Face aux silences il va de soi que les interventions bruyantes, multiples, les relances à flot continu sont peu recommandées. Un silence initial mérite d'abord d'être respecté, l'abondance des sollicitations ne fait que manifester le malaise, l'anxiété de leur auteur et accroître ou créer de la gêne et de l'inquiétude chez son interlocuteur qui aura, alors, d'autant plus de peine à sortir de son silence. L'acceptation, le consentement au silence initial préfigure la disponibilité et la confiance en une parole à venir. Il ne s'agit pas pour le clinicien de se taire pour contraindre son interlocuteur à sortir de son silence, son mutisme n'est pas obstination mais attente calme d'une parole, maintien d'une confiance qui lui a été d'emblée accordée pour se mettre à l'écoute.

Des cliniciens et certains de leurs interlocuteurs présupposent que le meilleur moyen de sortir ou d'éviter le silence consiste à poser des questions. La question pour faire parler renvoie à la torture qui au Moyen Âge s'appelait la question. Cette position extrême ne nous éloigne pas de notre conviction, la formule interrogative contraint *a priori* un sujet à s'exprimer sur un terrain qu'il n'a pas choisi et peut à terme éteindre sa parole.

Un mot, enfin, sur l'intervention nécessaire pour mettre un terme à l'entretien. L'initiative de cette intervention appartient exclusivement au praticien, manière de signifier que si la conduite du discours, son contenu, sa forme appartiennent à son interlocuteur, la mise en place du dispositif de l'entretien concerne exclusivement le praticien. Savoir mettre un terme à la rencontre est une intervention clinique qui concerne à nouveau la séparation. La première intervention séparait le patient de son environnement pour lui permettre de se rencontrer, la dernière intervention le sépare du clinicien pour lui permettre de renouer avec son entourage. La capacité du clinicien à

supporter les séparations est un élément essentiel pour la rendre supportable à son interlocuteur. Respecter une durée sans interrompre au milieu d'une phrase ; être en mesure de ne pas prolonger sans repère une rencontre ; apprécier les risques du respect d'une limite en présence d'un sujet perturbé par la rencontre sont quelques-unes des précautions nécessaires à l'intervention de clôture d'un entretien.

6.2 Entretien clinique à visée psychothérapeutique et psychose

On partira d'une remarque de Pierre Fédida (2007) : « Je ne peux pas me faire la moindre idée de ce que le psychotique a vécu, mais je peux tenter d'imaginer le plus effrayant comme une preuve. »

Il nous semble qu'envisager le plus effrayant est une des mesures à prendre en présence du discours d'un sujet psychotique. Envisager au sens plein de ce terme, c'est-à-dire d'abord faire face, accueillir l'expression de l'effroi, supporter de voir dans le visage du patient les expressions diverses de la terreur. Envisager au sens d'accepter la perspective de l'insupportable d'un vécu, envisager au sens d'aménager un possible passage de l'indicible au dicible.

Envisager enfin au sens d'imaginer, c'est-à-dire ne pas renoncer à penser, même si ce qui sera imaginé ne pourra avoir que des rapports lointains, lâches, fragmentaires, asymptotiques avec la réalité de l'expérience vécue par le patient. S'autoriser à imaginer peut autoriser à dire. En fait la vie de la pensée atteste du fait que le psychothérapeute reste vivant, qu'il est envisageable, possible de rester vivant. Ce qui était inenvisageable pour le patient (rester vivant) après l'expérience de la terreur, peut redevenir possible. Au sujet qui se vit comme mort dans l'abolition de la pensée peut faire place progressivement un sujet qui se vit vivant.

L'entretien clinique à visée psychothérapeutique implique pour le clinicien que soit maintenue une possibilité d'imaginer. S'il ne parvient pas à accomplir ce mouvement il court le risque d'installer dans l'espace de la rencontre une forme de deshuman (selon l'expression de P. Fédida, 2007). Il convient d'ailleurs de distinguer : imaginer l'ampleur d'une souffrance, l'horreur d'une situation et en assurer le partage empathique avec un patient. Imaginer revient alors à maintenir une pensée de l'impensable, ce qui ne signifie pas que la pensée réussit pleinement son œuvre mais laisse ouverte cette spécificité propre à tout être humain. Supposer et supporter le pensable revient à parier sur une maintenance de l'humain. On trouvera dans cet ouvrage des présentations d'entretiens auprès de sujets considérés comme gravement déficients mentaux (J. Cabassut). Ces présentations attestent de la subsistance d'une part d'humain chez des êtres dont l'apparence évoque son

anéantissement. L'élaboration de cette pratique montre que ce pari difficile et nécessaire devient la condition même d'un travail clinique à la fois humble et convaincant.

Il en est de même pour des patients en fin de vie. Le patient (*cf. infra* p. 15) désespéré de tout, convaincu qu'il n'a plus rien à attendre de la vie, attend (et le dit clairement) de pouvoir dire à un clinicien qui a prêté attention à l'expression d'un désespoir essentiel. Il dira au début du deuxième entretien : - *Je vous attendais, je vais pouvoir continuer à vous parler de moi.* Même confronté à la perspective de sa propre fin, inscrite dans le réel de la gravité de sa maladie, de la séparation organisée par sa cécité récente et son hospitalisation, ce patient trouvera dans l'espace de la rencontre une continuité. Au lieu de mettre fin à sa vie avant sa mort, il se continuera dans le désir de se dire. L'écoute de ce patient peut atteindre, voire défaire les représentations de fin de vie de son auditeur, avec une interrogation probablement simpliste et anachronique du style : comment en effet accepter de continuer à vivre dans une telle situation ? avec une réponse en forme : moi, en tout cas, je ne pourrais pas, j'espère pouvoir mourir en scène, sans avoir déjà tout perdu – en d'autres termes mourir vivant et non dans une continuité incessante de pertes qui n'empêche pas de vivre, de se continuer jusqu'à la fin (*cf. J. Alric, 2006*).

L'entretien clinique dans une visée psychothérapeutique s'inscrit avec la possibilité de se reconnaître dans l'autre, même si ce qu'il éprouve, vit, met en œuvre n'a pas été vécu par le clinicien.

POUR CONCLURE : LE FÉMININ ACCOMPLISSEMENT DE L'ÉCOUTE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Le féminin pourrait bien être essentiel dans l'écoute clinique. Féminin au sens où la femme se découvre en tant qu'espace, où dans le sexuel, c'est à l'appréhension d'un espace interne à sa reconnaissance que se voue la jouissance féminine. L'espace thérapeutique pourrait se définir à partir de ce paradigme du féminin, la création d'un espace interne activé par la rencontre clinique, ou encore la mise au jour de l'existence d'un espace amorcé et entretenu par la parole du patient. S'accepter comme espace, se reconnaître dans cette expérience de la féminité, serait alors condition première de l'engagement dans l'expérience psychothérapeutique pour le praticien et ses patients. Roland Gori (2001) rappelle que le féminin est ce qui échappe à l'évidence sensible. En ce sens également il y a dans l'écoute psychothérapeutique, dans le rapport au discours des patients dans la rencontre psycho-

thérapeutique, une dimension de féminin ; l'évidence d'une affirmation, l'authenticité apparente d'un récit ne permettent pas nécessairement au thérapeute et au patient de se saisir de ses enjeux.

BIBLIOGRAPHIE

- ALRIC J. (2006). *La Psychanalyse au risque du mourir*, thèse de doctorat de psychopathologie clinique et psychanalyse, université de Provence, sous la direction du professeur R. Gori, Marseille.
- BARTHES R. (2003). *La Préparation du roman*, Paris, Le Seuil, IMEC.
- FÉDIDA P. (2007). *Humain/déshumain*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1939). *L'Homme Moïse et le monothéisme*, Paris, Gallimard.
- GORI R. (1996). *La Preuve par la parole*, Paris, PUF.
- GORI R. (2001). « Les rhétoriques de la souffrance », *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie ?*, Forum Diderot, Paris, PUF.
- PERRIER F. (1978). *La Chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1994.
- SIBONY D. (2007). *L'Enjeu d'exister*, Paris, Le Seuil.
- WINNICOTT D.W. (1975). « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 35-44, Paris, Gallimard.

Chapitre 2

L'ENTRETIEN DE TÉMOIGNAGE : UN RÉCIT SOUS CONTRAINTE

INTRODUCTION

L'énoncé de ce chapitre peut interroger le lecteur.

Est-il nécessaire de distinguer une catégorie qui semble relever d'un morcellement réducteur, au détriment de l'approche globale du sujet, telle que la postule la psychanalyse ?

En fait, si la psychanalyse demeure ici la référence *princeps*, il s'agira de montrer comment la dimension testimoniale, présente dans chaque cure, constitue un passage obligé de tout travail avec les victimes de traumatisme.

Dans le cas de traumatismes extrêmes, qui est celui que nous aborderons ici, cette dimension testimoniale occupe une place importante, préliminaire à tout engagement dans un travail thérapeutique au long cours. Tous les entretiens ne débouchent pas sur une thérapie en « bonne et due forme ». Ces entretiens, dont la définition reste volontairement ouverte, constituent pour les victimes la première et, souvent, l'unique occasion de prendre la parole, pour dire à la fois ce qu'elles ont subi, mais aussi pour retrouver le chemin de l'humain dont elles ont été écartées par la persécution.

La réappropriation de soi constitue donc le but premier de tout travail avec les victimes de traumatisme, travail que j'illustrerai ici par des extraits d'entretiens effectués auprès de survivants du génocide des Tutsis du Rwanda.

Nous verrons comment le nouage particulier que ces situations instaurent entre l'intrapsychique et l'intersubjectif vient solliciter en chacun de nous, parfois de façon très violente, la composante relationnelle du psychisme. Il nous oblige à nous interroger sans relâche sur la position qui est la nôtre dans de telles rencontres : c'est donc le fil transféro-contretransférentiel qui conduira nos pas, seul instrument dont dispose le clinicien pour le guider dans le maquis touffu et terrifiant de récits qui, tous, disent la destruction infligée par l'homme à son semblable.

1 TÉMOIGNAGE ET TRAUMA

1.1 Le traumatisme

Pour Freud (1937), c'est l'impréparation du psychisme, en particulier l'absence d'angoisse anticipatrice qui constitue le propre de la situation traumatique : la détresse (*Hilflosigkeit*) manifestée par le sujet nous rappelle que le traumatisme est avant tout une atteinte de l'ordre de l'effraction et du débordement : effraction du pare-excitation, mais aussi gel des affects, paralysie des fonctions de représentation, débordement de l'appareil psychique et des mécanismes de défense habituels, qui se manifestent par un état d'apathie et d'impuissance, associé à une forte anxiété, et plus généralement, à un état dépressif, même si, dans ce contexte, parler de dépression peut sembler une tautologie.

Tentant de renouer avec la recherche initiée par Freud sur les névroses post-traumatiques, le concept de stress post-traumatique (ESPT) forgé par la psychiatrie anglo-saxonne à la suite de la Shoah, et de la guerre du Vietnam, se propose d'ordonner et de prévoir les symptômes des victimes de traumatismes massifs. Or c'est précisément la visée prédictive et exhaustive d'une telle notion qui en réduit la portée : elle échoue à rendre compte des aléas de la vie psychique qui récusent toute prévision. Chaque victime demeure un sujet singulier, dont la subjectivité, même gravement entamée par le traumatisme, ne peut se réduire à une série de réponses prévues d'avance. C'est pourquoi, si elle demeure utile sur le plan descriptif, la notion d'ESPT aurait tout à gagner d'une confrontation avec la psychanalyse, et, plus particulièrement, avec l'idée du travail de l'inconscient.

Il ne s'agit ni d'enfermer la personne dans la certitude du traumatisme, ni de négliger ce dernier, mais plutôt de l'accompagner sur le chemin de la réappropriation de soi, qui passe par la mise en mots, prélude à la mise en histoire. Longtemps après l'événement, le traumatisme continue à fonctionner comme un corps étranger, fiché dans le psychisme et réfractaire à toute intégration. L'incapacité à mobiliser les fonctions psychiques ordinaires ne fait que redoubler ce sentiment d'étrangeté à soi-même, creusant ainsi un fossé douloureux et incompréhensible entre le soi d'avant et le soi actuel. La confrontation brutale avec la réalité de sa mort a changé le survivant, et cette métamorphose est en elle-même source de traumatisme.

1.2 Le temps du judiciaire

Le récit testimonial s'attache à faire la vérité sur les événements, pour que justice soit rendue, les coupables condamnés et les victimes reconnues. Ce

premier temps est indispensable à la prise de parole : pour la victime, il s'agit de dire la vérité des faits, même si cette exigence d'exactitude constitue une contrainte.

Pour les survivants du génocide des Tutsis du Rwanda, la préoccupation juridique est d'une actualité brûlante ; les victimes sont amenées à témoigner lors des procès qui se déroulent aujourd'hui dans tout le pays, sous la forme de tribunaux coutumiers, les *gacaca*, juridictions locales qui permettent de pallier le déficit en structures étatiques d'un pays en voie de reconstruction. Pour tous ceux qui témoignent, ces procès sont, par eux-mêmes, l'occasion de traumatismes renouvelés : la parole des victimes est constamment mise en doute par leurs agresseurs, qui ne reculent devant rien pour les faire taire. À la crainte de ne pas être cru, commune à tous les survivants d'événements extrêmes, vient s'ajouter l'injure d'être taxé de menteur.

Souvent, la menace physique se joint à l'humiliation, quand les bourreaux intimement à leur victime l'ordre de se taire « *sous peine de...* ». Ceux qui témoignent risquent ainsi leur vie, et la menace de « terminer le travail » n'est pas toujours un vain mot : plusieurs survivants ont été assassinés avant de pouvoir témoigner. Prendre la parole est donc un effort pour surmonter la silenciation imposée par le persécuteur : silenciation dangereuse pour l'intégrité physique du témoin, mais aussi pour son intégrité psychique, entravée encore pour longtemps par la réitération continue de la menace initiale.

1.3 Le temps de la ressaisie psychique

À ce temps du judiciaire, qui est loin d'être clos, se superpose un temps plus privé, loin des regards du groupe. C'est le temps de la ressaisie psychique, que la victime entame souvent seule, selon un rythme qui lui est propre. Ce moment personnel peut prendre des années, et nul ne peut prétendre le circonscrire à une période définie.

Pour l'aborder, la victime aura besoin de s'étayer sur les ressources de son environnement, ressources concrètes, sous la forme d'une aide matérielle, mais aussi ressources psychiques ; toutes deux proposées par les structures d'aide plus ou moins institutionnalisées qui se sont créées, au Rwanda et dans la diaspora rwandaise. Des associations comme Avega (Association des veuves du génocide d'avril) fonctionnent comme un cadre d'entraide, volontairement ouvert, où les survivants – en majorité des femmes – peuvent trouver et fournir un peu de l'aide nécessaire à leur survie matérielle ou psychique. Dans un contexte de pénurie générale, ce type d'association constitue un espace de partage, véritable enveloppe groupale où chacun est, à son tour, une personne secourue ou une personne qui secourt.

Pour beaucoup de victimes, là s'arrête le soin : le manque de structures psychiatriques et la pauvreté ambiante font du soin psychique une chose

rare. Dans une communauté occupée à survivre, la thérapie est un luxe auquel la plupart des survivants ne songent pas ou ne pensent pas avoir droit. Au Rwanda, la misère psychique est monnaie courante et malgré les efforts des trop rares professionnels, des milliers de personnes continuent à vivre sous l'emprise d'un traumatisme dont on n'a pas fini de prendre la mesure.

2 FONCTIONS DE L'ENTRETIEN TESTIMONIAL

2.1 Créer un environnement fiable

Le témoignage cherche à refaire du lien là où il y a eu rupture : quand le témoin prend la parole, c'est à la fois pour affirmer l'irréductible de son expérience, mais aussi pour renouer avec son semblable. C'est en effet la négation du pacte social qui constitue, pour les victimes de violences extrêmes, la catastrophe psychique dont ils continuent à souffrir leur vie durant. Si le souvenir des persécutions s'estompe avec le temps, le sentiment d'avoir été abandonné du reste du monde ne s'atténue jamais.

Le fait d'avoir face à soi une personne prête à l'écouter représente, pour la victime, un acte d'une grande portée symbolique. Les survivants tutsis qu'il m'a été donné d'entendre ont tous souligné l'importance restauratrice d'une écoute empathique. Ainsi, Eulalie, que j'ai rencontrée à quatre reprises, ne cesse de revenir, dans tous nos entretiens, sur le fait que quelqu'un est prêt à l'écouter, « *comme cela, pour rien* ».

Tenter de restaurer la confiance dans l'environnement est donc la première tâche de l'entretien, tâche complexe, qui ne dépend évidemment pas de la seule bonne volonté du clinicien. Quelle que soit son empathie, il se heurtera à des marques de défiance qu'il doit pouvoir accepter sans en être blessé, comme autant de séquelles dont le survivant souffre, pour longtemps, sinon pour toujours. Cette défiance peut prendre plusieurs formes, que le clinicien apprendra à reconnaître, au fur et à mesure des entretiens.

Outre l'écoute empathique, l'effort actif de documentation de la part du clinicien est un point important pour l'établissement d'une confiance et d'une sécurité de base, au sens où Sandler la définit (1987). Même s'il intervient avant tout sur la réalité psychique, celui-ci doit acquérir un savoir minimum sur la réalité concrète de son interlocuteur. Il le doit, pour comprendre certains faits, mais il le doit aussi pour la victime, à qui il montre ainsi d'emblée qu'il n'est pas indifférent à son histoire et à celle de son groupe d'appartenance. Ce point peut sembler contraire à la neutralité bienveillante requise du clinicien : or, face à de telles situations, il lui faut, comme l'écrit

Carole Damiani, « garder la bienveillance et nuancer la neutralité » (2001, p. 109). L'intérêt dont il fera preuve est un levier important pour la prise de parole. Le rescapé d'un génocide a besoin de savoir à qui il a affaire, et le fait d'être défini comme un sympathisant, adoubé par le groupe des survivants, constitue la première étape d'une affiliation sans laquelle aucune parole ne peut circuler. Pour les survivants tutsis, ce besoin est particulièrement vif : le négationnisme qui sévit actuellement avive la douleur et le sentiment d'injustice. En attente d'une reconnaissance claire et sans ambiguïté, ils ressentent la nécessité de distinguer entre leurs amis et ceux qui, par ignorance, indifférence ou idéologie, continuent à nier la spécificité du crime commis à leur encontre¹. Car le survivant ne peut se permettre d'affronter une nouvelle fois l'indifférence de l'autre, qui est pour lui, un traumatisme renouvelé, qui redouble le traumatisme initial.

2.2 Restaurer l'espace subjectif interne

Parce qu'il est acte de langage, l'entretien offre la possibilité d'une parole qui a été empêchée par le traumatisme.

On peut se demander, à juste titre, si l'entretien avec les victimes de traumatisme doit obligatoirement passer par le temps du témoignage. Il ne s'agit pas ici d'une simple remémoration, mais d'un effort long et difficile de la part de la victime pour s'arracher à la déliaison psychique dans laquelle elle se trouve plongée, comme le rappelle Jean Gortais quand il affirme que l'évocation des scènes traumatiques, loin d'être un « enfermement compulsif dans la factualité », a pour fonction de rouvrir la parole, en créant ainsi un « espace vital entre la victime et son agresseur » (1995).

En confondant les espaces psychiques respectifs de l'individu et du groupe, le traumatisme a changé la signification de notions comme l'intériorité et la subjectivité. « *Je ne sais plus qui je suis, je ne me reconnais pas* », disent souvent les victimes, quand elles sont capables de le dire. Certaines, incapables d'une telle formulation, ne font que montrer une détresse sans fin qui témoigne silencieusement de la catastrophe subie.

Raconter à un autre est un moyen d'articuler à nouveau ces espaces psychiques, en défaisant peu à peu l'intrication confusionnante qui s'est instaurée : le récit testimonial, qui recouvre à la fois la description de l'événement et la façon dont celui-ci a été vécu par le sujet, permet à ce dernier de récupérer un espace privé, dans une assignation respective des deux réalités, réalité extérieure et réalité interne. Par le biais de son interlo-

1. Ainsi la thèse du double génocide, telle qu'elle est véhiculée par certains, notamment en France, est une blessure de plus pour la mémoire des Tutsis du Rwanda.

cuteur, la victime peut ainsi se réapproprier la parole qui lui a été ôtée dans la violence du trauma : la reprise des processus de pensée et de figuration ne peut se faire qu'en s'étayant sur un autre, dans un échange langagier au plus près du psychisme.

Le cas d'Eulalie

Avant de présenter Eulalie dont je parlerai ici, il me faut rappeler certains faits qui éclaireront le lecteur comme ils m'ont éclairée.

Le génocide rwandais : bref rappel

Du 7 avril au 12 juillet 1994, un million de personnes ont été assassinées au Rwanda, parce qu'elles étaient étiquetées « Tutsi » ou « sympathisant tutsi » : la cause principale de cette tragédie est un malentendu introduit par la colonisation. Ce crime, souvent présenté par les médias comme un conflit intertribal, est en fait le triste résultat d'une dichotomie ethnique créée de toutes pièces par le colonisateur, qui a servi de soubassement idéologique aux nombreux massacres qui devaient aboutir au génocide de 1994. En effet, la séparation en entités ethniques adverses – Tutsis et Hutus –, n'est fondée sur aucune différence de langue, de religion ou de culture. Mais au fil des années, cette séparation s'est intériorisée et officialisée sous la forme d'une mention de race figurant sur la carte d'identité, mention qui, pour beaucoup, a constitué un véritable arrêt de mort^a.

Le cadre

Plus que pour toute autre forme d'entretien, le contexte conditionne tout à la fois la prise de parole de la victime et la capacité d'écoute du clinicien. À la suite du livre que j'ai fait paraître sur le témoignage, j'ai été contactée par plusieurs associations de Tutsis vivants en France, qui m'ont demandé de recevoir les survivants qui en feraient la demande^b.

La difficulté pour moi a été de mettre en place un cadre suffisamment clair et défini, pour garantir le déroulement de ces entretiens. Le clinicien, en effet, doit disposer d'un contenant fiable, qui puisse endiguer les dérapages, la confusion des rôles et la désorganisation psychique induite par la rencontre avec la souffrance traumatique.

En l'absence d'institution, il m'a fallu m'étayer sur les principes psychanalytiques, bien sûr, mais aussi sur un dispositif concret, qui consistait en un partenariat volontaire et bénévole avec un collègue médecin ouvert à ces questions, et disposé à recevoir en parallèle les personnes qui le souhaiteraient. Ce tandem médecin-psychologue s'est révélé efficace, fonctionnant comme un couple parental pour les patients, et comme un couple de co-thérapeutes pour chacun d'entre nous. Au fur et à mesure des entretiens, ce cadre minimum de départ s'est avéré un outil précieux, en ce qu'il permettait, notamment, la diffraction du transfert, et un échange continu sur les affects contre-transférentiels de chacun.





La demande

Eulalie V. est une veuve rescapée du génocide, âgée de 54 ans. Elle a perdu quatre de ses six enfants, son mari et toute sa famille d'origine, parents, frères et sœurs, oncles et tantes. Je l'ai rencontrée à quatre reprises, en l'espace de deux mois, à raison d'un entretien tous les quinze jours.

Au départ, la demande a été formulée par sa nièce, Alice R., chez qui elle vit dans une ville de province. Très impliquée au sein des associations de survivants, cette jeune femme n'est pas une survivante du génocide, mais y a néanmoins perdu une grande partie de sa famille d'origine.

La réponse positive d'Eulalie à la proposition de me rencontrer doit être considérée comme l'équivalent d'une demande. En effet, en de pareils cas, ce serait une erreur de s'attendre à une demande classique en bonne et due forme. L'initiative des associations rwandaises a fonctionné ici comme un contenant pour les demandes éventuelles, permettant ainsi aux personnes isolées d'activer cette offre, sans se sentir importunes ou trop directement redevables.

Pour beaucoup de victimes, incapables de prendre une telle initiative, c'est la demande formulée par le biais d'un proche qui constitue le premier pas vers une demande construite, dont le professionnel doit favoriser l'émergence par un travail patient et un esprit d'ouverture.

La présence d'un tiers

C'est Alice qui servira d'interprète lors des entretiens qui se déroulent en kinyarwanda, pour Eulalie, et en français, pour moi.

Une fois accompli le nécessaire ajustement de nos places respectives, la présence d'un tiers s'est révélée comme un élément important du cadre en train de se construire : loin de se réduire à la fonction d'interprète, elle a constitué un facteur de sécurité pour Eulalie, et aussi pour moi, en ce qu'elle m'offrait la possibilité d'une réassurance dans les moments de désarroi induits par le récit traumatique. Les précisions spontanées d'Alice ont été d'une grande aide pour éclairer certains développements plus directement liés au contexte historique ou socioculturel.

Il a été intéressant de voir combien, au fil des entretiens, sa façon d'intervenir s'affinait, s'intégrant de mieux en mieux au récit en train de se faire. Cette intégration a constitué un indicateur fiable de la dynamique interlocutoire qui se mettait en place.

- a. Ces quelques lignes sont empruntées à l'article d'Yves Ternon, « Le génocide des Tutsis du Rwanda » in *L'Arche* (avril 2004, n° 554), où l'on trouvera notamment plusieurs articles de fond consacrés au génocide.
- b. Les deux principales associations de survivants en diaspora sont Ibuka, qui signifie « Souviens-toi », et la Communauté rwandaise de France.

3 LES TEMPS DE L'ENTRETIEN

3.1 Le temps du témoignage

Comme c'est le cas dans les rencontres avec des victimes de traumatisme extrême, le premier entretien s'est déroulé sous le signe du témoignage.

Le patient est toujours préoccupé de répondre à ce qu'il imagine être les attentes du clinicien, mais, ici, le clinicien doit lui épargner un surcroît d'angoisse, qui constituerait un traumatisme supplémentaire. Les mimiques, les sourires, les hochements de tête, les regards et, bien sûr, les relances actives sont des balises nécessaires au dialogue testimonial. Le clinicien est donc très sollicité, et doit se montrer à la fois présent et discret, pour éviter d'empiéter sur le récit qui commence.

Le témoignage d'Eulalie

À la première rencontre, la gêne est perceptible chez nous trois : tandis qu'Alice s'efforce de créer du lien, nous nous regardons avec timidité. Très occupée à scruter ce que j'éprouve, je ressens une forte appréhension à commencer l'entretien, dans un mélange d'excitation et de crainte où l'on reconnaît la marque de l'excès traumatique.

À ma question « Qu'attendez-vous de cet entretien ? », Eulalie répond « *Être soulagée de mes douleurs* ».

Après la description du mal de tête dont elle n'arrive pas à se défaire, malgré les médicaments, Eulalie parle de sa déception, due au fait que les médecins consultés lui ont dit « qu'elle n'avait rien ».

Devant cette assertion, je réprime difficilement un mouvement d'indignation : comment peut-on dire à une rescapée d'un génocide qu'elle « n'a rien » ?

Eulalie continue, et parle de sa gêne.

— *J'ai honte de déranger tant de monde pour rien.*

— Pour rien ?

— *Si les médecins ne trouvent rien, c'est peut-être que je n'ai rien.*

Pendant ce court échange, je ne peux penser qu'au « rien » qu'évoque cette femme, ce vide absolu laissé par la disparition de sa famille et de tout ce qui constituait son monde d'avant.

J'enchaîne en lui expliquant qu'il existe des douleurs réelles, qui n'apparaissent pas lors des examens de routine. Elle semble soulagée, et opine de la tête, tout en m'indiquant la place des coupures de machette qu'elle a reçues au bras et au crâne, et qui sont cachées sous le tissu noué qu'elle porte, à la façon des femmes africaines.





— *J'ai mal tout le temps, cela ne s'arrête jamais. J'ai même mal la nuit, quand je dors.*

— Comment est votre sommeil ?

— *Mauvais (avec un pauvre sourire). Soit je ne dors pas, soit je fais des cauchemars.*

Commence alors le récit des persécutions, qui occupera les deux heures et demie de ce premier entretien.

Avant le génocide, Eulalie vivait dans une petite localité de province, mariée à l'oncle paternel d'Alice, homme instruit et respecté, greffier au tribunal régional. Elle-même travaillait comme institutrice auxiliaire, et leur situation matérielle était satisfaisante, suffisamment pour vivre dans une maison de briques, avec les six enfants du couple.

À l'automne 1990, son mari est arrêté et emprisonné, accusé d'être un bailleur de fonds du FPR (Front patriotique rwandais), l'armée de libération des Tutsi, organisée à partir de l'Ouganda, sous la direction du général Kagamé, l'actuel président du Rwanda. Pendant l'année que durera sa détention, elle ne pourra le voir qu'à trois reprises, faute d'autorisation. Le climat est déjà très tendu entre les deux communautés, mais la population tutsi s'est habituée à de pareilles tensions, qui se sont reproduites à maintes reprises par le passé.

Eulalie passe très vite sur ces années, comme désireuse d'en arriver au moment de la persécution.

Quand le génocide commence, Eulalie loge chez des parents dans une autre localité, espérant ainsi se faire passer pour une Hutu, ce qu'elle ne peut faire dans son environnement d'origine, en raison de la notoriété de son mari, au physique tutsi très marqué.

Très vite, les massacres commencent. Dès le lendemain de l'accident de l'avion présidentiel, les milices interahamwe^a commencent à agir, munies de listes préparées d'avance.

Des voisins sont tués. Avant de fuir, Eulalie et son plus jeune fils, âgé de 15 ans, se dirigent vers la maison la plus proche pour voir ce qu'il en est. Au retour, elle aperçoit les miliciens qui entrent dans sa maison, et ses enfants qui fuient par la porte de derrière : c'est la dernière image qu'elle gardera d'eux.

Suit alors une scène, qu'Eulalie reproduit mot pour mot, en la mimant, comme si c'était hier. Dialogue décisif, qui va sceller son sort et celui de son fils, sans qu'elle comprenne vraiment ce qui a joué en leur faveur.

« Comment savez-vous qui je suis ? » demande-t-elle aux miliciens. En raison de son physique, elle peut tenter de se faire passer pour une Hutu.

Les tueurs tergiversent, l'un dit qu'elle est la femme de K.V. (comprendre, le Tutsi) mais elle dit : « Et alors, même si je suis sa femme, je ne suis pas Tutsi. » Ils se tournent alors vers son jeune fils pour le tuer. Elle s'interpose, disant qu'il est « aussi son fils », et détourne la lance qui doit le transpercer, recevant ainsi une première blessure au bras, suivie d'un coup de machette sur la tête, asséné par un des hommes, mécontent. Puis les tueurs les abandonnent, et partent à la recherche de ses autres enfants, non sans avoir auparavant pillé la maison.





À ce moment du récit, Eulalie s'interrompt. Le silence qui suit est difficile à rompre, en raison de l'émotion qui nous étreint toutes les trois.

Après un temps, je demande :

— Qu'avez-vous fait ensuite ?

— *Je ne sais pas... Je suis restée plantée là, debout, sans chercher à me cacher. Un homme qui passait sur le chemin m'a crié de m'éloigner et de mieux me cacher, et nous nous sommes allongés dans les champs de sorgho. Il avait beaucoup plu cette année-là, le sorgho était haut, il a sauvé beaucoup de vies. La pluie aussi a sauvé des vies : quand il pleuvait fort, personne ne sortait « travailler ».*

La suite du récit est plus floue. Après quelques jours, Eulalie et son fils reprennent leur marche, et tentent de se faire héberger dans une famille dont le mari avait travaillé avec le sien ; celui-ci refuse de les cacher, par peur des représailles.

— *Je lui ai dit : quitte à mourir, je veux mourir là, tu mettras un peu de terre sur mon corps.*

Mais l'homme se fait menaçant et ils sont contraints de repartir : suivent des jours d'errance, sur des routes où règne un désordre inouï. En chemin, elle croise des cohortes de fuyards hutus, qui cherchent à rejoindre le Congo, tout en continuant leurs massacres. À tous, elle raconte qu'elle s'est blessée avec un bout de bois, pour qu'on ne la soupçonne pas d'être une rescapée tutsi.

Sur ce dernier détail, Eulalie conclut abruptement son récit. Elle ajoutera seulement qu'« à la fin », elle arrive dans un centre où elle reçoit des soins.

a. Nom des milices extrémistes hutus.

3.2 Sidération de la pensée et affect traumatique

Ce premier temps de parole a occupé une grande partie de l'entretien ; pourtant, à la relecture, il m'a semblé très bref. C'est que la retranscription ne rend pas compte du rythme de la parole, de ses silences, ses hésitations ou ses reprises : précisons qu'aucun de ces entretiens n'a été enregistré, et que je me suis contentée de noter certains passages, complétant par un compte rendu écrit après chaque séance.

La brièveté apparente de ce passage est due aussi au fait que, malgré mes notes, j'ai eu beaucoup de mal à le retranscrire. Alors que tout m'avait semblé vivace et impossible à oublier, je ne parvenais plus à me souvenir du déroulement des événements, hormis les quelques épisodes et les phrases notées en italique, qui s'étaient spontanément gravées dans ma mémoire.

Cette amnésie partielle est un effet reconnaissable de la violence du récit, qui sidère son auditeur, comme il a sidéré la victime. Celui-ci est soumis aux mêmes phénomènes de suspension de la pensée que le témoin, et parfois, il s'absente du récit, dans un mouvement défensif qui se met en place face à

l'effraction de l'horreur. Cette surdité momentanée va de pair avec la façon dont le témoin, lui aussi, s'absente parfois de son récit, dans un mouvement dissociatif qui lui permet de parler sans être atteint par ses propres paroles.

On reconnaîtra là les effets du clivage structurel qui, pour Freud (1938) et Ferenczi (1922), est la marque de la névrose traumatique.

3.3 Renouer avec la temporalité

Le traumatisme instaure une temporalité particulière, qui écrase les catégories habituelles : il résiste au processus d'historicisation, dans un mouvement de perpétuelle actualisation. Or, comme l'écrit Danielle Quinodoz (1990), « c'est dans la mesure où il s'inscrit dans la durée que le moi est vivant, et qu'un moment de la vie peut devenir souvenir ».

Le survivant vit désormais dans un temps où le passé l'emporte sur le présent et oblit re tout futur, et le discours d'Eulalie porte toutes les marques de cette difficulté à renouer avec la temporalité.

Tout d'abord, dans la façon dont son récit se ramasse autour de quelques moments clés, qui semblent n'avoir de durée autre que celle de l'effroi.

Ainsi, les derniers instants où elle aperçoit ses enfants, et le moment où elle s'oppose aux tueurs, en s'inventant l'identité qui va les sauver, elle et son fils, apparaissent comme des fragments pétrifiés d'un temps terrifiant par son intensité et le « hors temps » qu'il instaure. Vécus dans un état de conscience modifiée, ces instants fatidiques résistent à l'intégration, et continuent leur travail de sape dans le psychisme de la narratrice. Dans son récit, on p r oit bien la fixité traumatique des scènes qui ont infléchi sa vie : résistant à la mise en souvenirs, elles apparaissent comme des instantanés figés.

C'est ce qui explique la façon dont Eulalie se lance dans son récit, mais aussi ramasse ensemble des événements qui appartiennent à des temps différents, parfois distincts de plusieurs semaines. Le temps du génocide, qui est celui de sa fuite  perdue pour échapper au massacre, apparaît comme un temps à la fois infini et non délimité : ces jours de traque semblent tous pris dans une glu temporelle, d'où émergent, ça et là, les moments cruciaux. La durée ne se mesure plus qu'à l'aune de la survie quotidienne, parfois réduite à sa plus simple expression : passer les minutes ou les heures en évitant les barrages, les milices, trouver à manger, se cacher, dormir, guetter.

Le premier entretien s'était clos sur un sentiment de désordre et un certain trouble de ma part. En analysant après coup, je compris que la suite de l'entretien avait dévié de son cours naturel, infléchi par l'intervention de la nièce, désireuse de mettre à profit cet espace de parole pour résoudre un problème concret et urgent, dont elle portait seule le poids. Sans m'en apercevoir, j'avais laissé Alice sortir de son rôle d'interprète, pour nous entraîner sur un débat à propos du retour de sa tante au Rwanda. Il s'agissait là d'une

question brûlante, dont je n'avais pas encore pris la mesure, et qui eut des effets immédiats sur la suite de l'entretien.

La nièce se faisait le porte-parole de toute la famille pour dire à sa tante qu'elle devait rester en Europe, et demander l'asile politique. Eulalie, quant à elle, était encore incapable de se projeter dans l'avenir, et surtout, incapable de faire un choix. Ce débat venait trop tôt, en aggravant le sentiment d'impuissance et d'indignité qu'elle ressentait. « *Je ne suis plus bonne à rien, comment puis-je rester ici à rien faire ?* » furent les paroles qui revinrent à plusieurs reprises, exprimant là son désarroi et la blessure narcissique de se sentir « *un poids inutile* », selon ses propres termes.

Je comprenais, trop tard, que cette discussion était prématurée, et qu'elle ne respectait pas la temporalité propre au traumatisme, en confrontant la patiente à un problème qu'elle n'était pas encore en mesure d'affronter.

Douze ans après le génocide, elle vivait encore dans une économie psychique de survie, se décrivant comme occupée aux tâches quotidiennes, trouver de quoi nourrir et élever les orphelins de sa famille.

Comme c'est le cas pour beaucoup de survivants, le présent constitue sa seule dimension temporelle, un présent rétréci et occupé par les reviviscences traumatiques, qui se présentent sous la forme de *flashs* hallucinatoires dont elle ne peut se protéger, et qui la laissent, chaque fois, sans force.

3.4 Retrouver la capacité de penser

Alors que le premier entretien était tout entier événementiel, les entretiens qui suivirent indiquent une progression vers une parole plus auto-réflexive, et le début d'un travail de deuil, qui n'avait pu se mettre en place jusque-là, faute d'espace contenant.

Deuxième entretien

Au début du second entretien, Eulalie semble plus jeune et moins accablée, malgré ses propos d'ouverture, qui peuvent laisser présager un retour vers le traumatisme.

« *Je suis retournée dans le temps d'avant* », dit-elle. Elle rêve beaucoup du génocide, repassant ainsi « *chaque nuit de l'autre côté* », selon son expression.

Chaque nuit, elle revoit les enfants, qui lui reprochent de les avoir abandonnés, et elle revoit les scènes de massacre, les tueurs qui « *coupent* ».

D'elle-même, elle enchaîne sur la question de son retour au Rwanda, mais le ton est différent de la première fois. Elle parle de sa difficulté à décider, de sa responsabilité envers les enfants, sans que l'on sache vraiment si elle parle de ses enfants disparus, ou des orphelins dont elle assume la garde.





Suit un débat qu'elle mène de bout en bout, véritable dialogue avec elle-même, où s'affrontent des options qui lui paraissent toutes inenvisageables.

Quitter le pays, c'est tout d'abord abandonner les enfants dont elle a la charge. Mais c'est aussi, on le comprend, réitérer le geste fatal d'abandon qu'elle a dû accomplir pour se sauver, elle et son jeune fils. Sans que cela soit dit explicitement, on perçoit de sa part une immense culpabilité, qui se double d'un fort sentiment d'indignité, clairement exprimé. Elle répète souvent qu'elle n'est pas à la hauteur, qu'elle ne peut assurer les besoins des enfants, et qu'elle est désormais une charge pour tous, y compris pour sa nièce et tous ceux qui tentent de l'aider. Son discours est accompagné de pleurs, de longs moments de silence ; elle se tord les mains, comme si la nécessité de prendre une décision la mettait à la torture.

Sa nièce intervient en kinyarwanda, et je demande qu'elle me traduise leur échange.

J'apprends ainsi que pour un Tutsi, quitter le Rwanda s'apparente à une désertion : en raison des persécutions qui émaillent leur histoire, les Tutsis ont souvent été contraints à s'exiler, mais l'exil est toujours vécu comme un malheur avec, souvent, une connotation de lâcheté, surtout depuis le génocide.

Pour Eulalie, cet interdit se double d'un interdit parental : j'apprends que ses parents l'avaient empêchée de quitter le pays avec son fiancé, comme ils en avaient le projet.

Il faudra une autre intervention de sa nièce pour que je comprenne l'ampleur du dilemme. Jusque-là, j'étais tentée de laisser cette question de côté, préoccupée davantage du travail psychique d'Eulalie qui me semblait entravé par cette problématique du retour.

C'est donc Alice, encore une fois, qui intervient, toujours en kinyarwanda, pour rappeler à sa tante qu'elle risque sa vie à retourner au pays.

Comme je l'ai dit plus haut, les survivants qui témoignent lors des procès intentés aux tueurs sont l'objet de menaces incessantes. Ayant appris que les assassins de ses enfants sont des hommes du voisinage, elle veut témoigner contre eux, car, sans son témoignage, ils resteront impunis. Savoir la vérité est bien sûr un soulagement, car elle a ainsi pu exhumer les corps, et procéder à leur enterrement, mais c'est aussi un poids, car elle n'aura de cesse que justice soit rendue, ce qui, dans l'état actuel du pays, est hautement improbable.

Devant son déchirement, je dis : « Il est difficile de prendre des décisions, surtout quand elles touchent à des choses si graves et parfois contraires. »

Cette simple intervention semble l'apaiser un peu, et elle parle de sa solitude, de la difficulté à prendre seule des décisions qu'elle aurait prises avec son mari.

C'est la première fois qu'elle évoque directement sa perte, et le manque qu'elle ressent. Elle enchaîne sur sa relation avec sa fille, dont j'avais compris, entre les mots, qu'elles étaient difficiles. Celle-ci, mariée, mère de deux enfants, vit en Belgique, et semble se tenir à distance de sa mère.

Depuis le génocide, elles n'arrivent plus à se parler.





— *Je ne la reconnais plus, alors qu'avec mon fils, je peux parler, ajoute-t-elle, osant ainsi aborder le douloureux chapitre des rapports entre survivants.*

On sait qu'après de tels événements, les personnes se retrouvent changées, et n'arrivent pas toujours à communiquer entre elles. Déjà, dans mon travail avec les survivants de la Shoah, j'avais pu constater combien les relations entre survivants d'une même famille avaient été bouleversées (Waintrater, 2003a). L'arbitraire de la survie a créé des lignes de fracture qui sont souvent difficiles à surmonter. Pour les membres d'une même famille, qui a connu de telles épreuves, la vie ensemble est une tâche difficile. La persécution a gelé les relations, oblitérant tout ce qui faisait la vie. La honte qui accompagne ce sujet est souvent un obstacle à sa formulation, le rendant ainsi plus douloureux. C'est pourquoi le fait qu'Eulalie aborde ce sujet, même discrètement, est un signe de confiance et de recouvrement psychique.

Sans trop m'appesantir, je lui fais remarquer que les choses sont sans doute plus simples avec son fils, qui a vécu avec elle toutes ces épreuves, et que ce qui se passe avec sa fille est assez fréquent. J'ajoute que les familles décimées par une catastrophe éprouvent souvent des difficultés à revivre ensemble, et que ce n'est pas un signe de pathologie, dont elle devrait avoir honte.

Ce type d'intervention, délivrée sur un mode général, vise à rattacher le survivant à un groupe de semblables, et à lever la honte, en montrant que ce qu'il éprouve est naturel et compréhensible.

L'entretien se terminera sur une évocation des relations d'avant, et la nostalgie qu'Eulalie éprouve d'une famille complète qu'elle a perdue.

3.5 La consultation thérapeutique

Les deux entretiens suivants confirment l'impression d'une évolution dans la position psychique d'Eulalie. Si le contenu du récit demeure grave et angoissé, la patiente semble recouvrer, petit à petit, un peu de la mobilité psychique et de la capacité de liaison qui lui faisaient défaut. Son discours apparaît comme réaffecté ; il ne s'organise plus selon la seule rhétorique du traumatisme (Waintrater, 2005) mais épouse le mouvement vivant de la pensée et de l'auto-reflexivité.

Il semble qu'à partir de la troisième séance, on s'oriente vers un processus de consultation thérapeutique, au sens où Winnicott la définit (1971). À mi-chemin entre l'entretien et la thérapie, la consultation thérapeutique ressemble à un court voyage que le patient accomplira en compagnie du clinicien. Les notions de contact et d'empathie prennent le pas sur celles d'*insight* ou d'interprétation, qui, dans ce type de travail, ne constituent pas le but à atteindre. Il s'agit plutôt, à l'aide d'une technique souple et interactive, qui repose essentiellement sur la personne réelle du thérapeute, d'ouvrir un espace propice à la gestion des conflits : dans ce modèle, les moments de

restitution et d'explicitation sont un facteur central pour le retour à la parole¹.

Troisième et quatrième entretiens

Au troisième entretien, je retrouve une femme presque pimpante. Dès son arrivée, elle me signale d'un geste de la main qu'elle a retiré le tissu qui lui couvrait la tête, osant ainsi montrer ses cicatrices et la légère alopecie dont elle souffre.

Prenant l'initiative de la discussion, elle raconte un rêve :

— *J'ai rêvé de mon mari. Cela fait longtemps qu'il ne m'était pas apparu. Il était allongé par terre, sur le sol de notre maison, et je l'enjambais par la tête. Il me reprochait de ne pas l'avoir reconnu, de l'avoir ainsi enjambé, et j'étais horrifiée de ce que j'avais fait.*

Alice, notre interprète, me donne une précision importante : pour un Rwandais, il n'est pas correct de s'allonger sur le sol, au vu de tous, et on n'enjambe jamais quelqu'un en passant par-dessus sa tête, car c'est un signe d'irrespect.

Il s'agit là d'un rêve de deuil : deuil du mari, figure respectée, dont le prestige rejaillissait sur toute la famille, et assurait à Eulalie une place reconnue dans la société. Je ne fais pas d'interprétation, qui me semblerait prématurée, me contentant de dire que cela doit être difficile de voir son mari ainsi.

Le mot « voir » a sur elle un effet immédiat.

Elle enchaîne sur la question de ses yeux, qui lui font mal, et avec lesquels elle ne voit plus bien.

— *J'ai des choses dans les yeux, et je sais que ce n'est pas simplement une question de lunettes. Mes yeux sont malades depuis 1997.*

Et elle ajoute, baissant la voix comme pour n'être pas entendue :

— *Je pense qu'ils sont maléfiques.*

Saisissant sa phrase au vol, je lui demande de me dire ce qui se passait en 1997, tout en ajoutant que « ses yeux ont vu beaucoup de choses qu'ils n'auraient pas dû voir ».

Elle dit alors, comme se parlant à elle-même :

— *En 1997, j'ai vu les ossements de mes enfants.*

Là encore, je lui signifie que j'ai entendu, mais je la laisse libre de continuer comme elle veut, évitant de me saisir trop brutalement de son dire, ce qui pourrait lui donner l'impression d'un interrogatoire. Cette phrase résonne en moi, et je pense qu'Eulalie a vu les massacres, mais aussi les yeux des tueurs, et que leur regard ne peut que la hanter.



1. Voir à ce propos le chapitre de C. Cyssau et P. Férida, « Le premier entretien » in *L'Entretien en clinique*, sous la dir. de C. Cyssau., Paris, In Press, 1998.



Suit alors un dialogue dont je ne peux restituer ici les termes exacts : l'important, c'est qu'Eulalie semble s'enhardir à partager avec moi des faits douloureux, et qu'elle témoigne d'une capacité retrouvée de symbolisation.

Avec un sourire, elle dit à sa nièce, enceinte ;

— *Fais attention, le petit pourrait avoir mes yeux.*

On notera ici le mouvement qui lui permet d'exprimer une croyance qu'elle gardait pour elle, de crainte de n'être pas comprise et de paraître ridicule.

La suite de l'entretien tourne autour du thème de la perte et de la métamorphose qu'elle ressent : elle ne se reconnaît plus, ni physiquement, ni psychiquement et n'aime pas « *cette femme fatiguée, incapable de rien faire, incapable de prendre des décisions... J'ai du mal à faire le lien entre ce que j'aurais dû être et ce que je suis devenue* ».

Cet entretien se poursuit autour du deuil à faire des années de maturité, qu'elle n'a pu vivre de façon normale, bouleversées qu'elles ont été par le génocide.

À l'entretien suivant, qui sera le dernier avant une interruption prévue, Eulalie évoque une nette amélioration.

Elle se sent soutenue, mentionnant « *ses médecins* », en référence au couple parental que nous formons avec le collègue médecin à qui je l'ai adressée en parallèle. Comme je l'ai évoqué plus haut, ce couple occupe une fonction contenant volontairement peu différenciée, qui se révèle un étayage précieux tant pour la patiente que pour les thérapeutes. Il permet aux thérapeutes d'encadrer et de diffracter le transfert toujours massif dans les cas de traumatisme, en leur évitant de s'engluer dans des mouvements identificatoires trop violents. Pour la patiente, il est à la fois étayage narcissique et support objectal, dans son mouvement progressif vers un réinvestissement de soi et de l'autre.

Eulalie revient sur la question de la temporalité, montrant ainsi que le travail de symbolisation et d'*insight* se poursuit entre les séances. Elle parle longuement de la difficulté à se réinsérer dans une économie de vie normale : faire le deuil de tout ce qu'elle a perdu, de ce qu'elle est devenue, toutes choses, dit-elle, qu'elle ne se formulait pas avant.

— *Maintenant, je retrouve la fatigue ordinaire ; avant, je ne me disais pas tout cela, j'avais simplement mal à la tête.*

Dois-je ajouter que ses maux de tête ont disparu, et qu'elle dort bien, même si elle craint encore de voir réapparaître ces symptômes.

La question du retour a, elle aussi, progressé. Eulalie a décidé de demander l'asile, en Belgique, où elle a plus de chances de l'obtenir.

Elle a intégré la notion du danger qu'elle court en rentrant au Rwanda, et a pu aussi atténuer la culpabilité d'abandonner une nouvelle fois « *ses enfants* », séparant ainsi la situation réelle du fantôme torturant de ses petits disparus.

À propos de ses neveux, elle dit :

— *J'ai réalisé qu'ils sont adolescents maintenant, et que eux, ils vont grandir. J'ai des nouvelles, et je sais qu'ils se débrouillent bien sans moi.*





Avant la fin de l'entretien, elle me tend une lettre qu'elle a écrite, sorte de journal qu'elle tient entre les séances. Elle y développe des thèmes abordés en entretien, comme ceux de la culpabilité, qui la fait se sacrifier pour les enfants, et sa peur de ne pas parvenir à se débrouiller seule.

Elle y a aussi écrit la nécessité de « *séparer les vivants et les morts, en lâchant le passé, sans l'oublier* ». Cette phrase, écrite textuellement dans la lettre, me frappe en ce qu'elle exprime clairement ce que tant de survivants éprouvent. Après l'avoir commentée, je lui propose de continuer à écrire, et de m'envoyer ses lettres, par le truchement d'Alice qui me les traduira, ce qu'elle accepte, soulagée de voir que le lien continue. Je lui dis aussi que « ses médecins » prendront des nouvelles par téléphone, auprès de sa nièce, qui transmettra.

Nous nous séparons, avec un sentiment de culpabilité de ma part, dû au fait que j'ai l'impression de l'abandonner, malgré ce qui a été mis en place.

4 DU CÔTÉ DU CLINICIEN

Avant de terminer, je voudrais revenir brièvement sur l'importance des affects contre-transférentiels, qui constituent, comme je l'ai dit au début de ce chapitre, la seule boussole de ces entretiens.

Face aux victimes de génocide, les mouvements affectifs du clinicien sont multiples et violents, suivant en cela une temporalité propre, qui a beaucoup en commun avec la temporalité du traumatisme.

Tout d'abord, la sidération qui, à l'instar de celle de la victime, ne manque pas de saisir le thérapeute : dans un premier temps, la violence des contenus peut paralyser sa capacité à maintenir des représentations : on reconnaîtra l'empiétement psychique décrit par Michel de M'Uzan (1991). La labilité des affects et les forts mouvements identificatoires qui agitent le clinicien sont autant d'effets d'une parole qui le traumatise à son tour. Jouissance de l'horreur ou indignation répétée sont eux aussi à verser au compte de la fascination à laquelle le soignant ne peut échapper.

La vulnérabilité extrême de la personne qu'il a devant lui l'incite à adopter une position réparatrice, faite de toute-puissance et de culpabilité. Le traumatisme intentionnel, et particulièrement la persécution de type génocidaire, suscite chez l'autre une culpabilité mêlée de honte : quand un être humain a été exclu du groupe, chacun se sent responsable de ce qu'il n'a pu empêcher. Honte thérapeutique pour la victime, à qui elle restitue son statut d'humain membre de la collectivité, mais aussi honte qui peut se muer en paralysie, ou, au contraire, pousser le thérapeute à confondre les registres, en s'engageant dans une réparation forcée, qui tourne parfois à l'activisme. Sans analyser

cela, le professionnel ne pourra accepter l'échec, et fera peser sur son patient une obligation à guérir qui le contraindra, une fois encore, à se plier aux exigences de l'environnement.

Plutôt que de combattre ou de nier ces affects perturbants, le thérapeute doit apprendre à les repérer jusque dans leurs manifestations les plus subtiles : patiemment, il doit défaire l'emprise du traumatisme, et tenter de séparer les expériences, en évitant la confusion qu'il induit ; le partage, dans sa double acception de mise en commun et de réassignation, s'effectue ici dans un repérage de la résonance en soi des paroles de l'autre.

Pour accueillir les fantasmes et l'angoisse du patient, le thérapeute doit analyser les manifestations défensives qui l'envahissent, en les prenant pour ce qu'elles sont : des mécanismes en miroir d'un psychisme aux prises avec lui-même. Son rôle principal est un rôle d'hébergement : pour un temps, il va prêter son psychisme au patient, momentanément invalidé. Ce rôle s'apparente à celui du *self objet* décrit par Kohut (1971), destiné à servir d'étagage à un *self* souffrant ou carencé. Cette fonction *self objet* évolue, au fur et à mesure que le sujet devient capable de mûrir, retrouvant ainsi un fonctionnement entravé par le traumatisme.

Là encore, ce sont les éprouvés du clinicien qui lui indiqueront la position à prendre, et lui permettront, petit à petit, de se dégager de l'inévitable « préoccupation maternelle primaire » qui colore les premières rencontres (Winnicott, 1956).

CONCLUSION

Toute conclusion semble ici artificielle.

Il me reste à souhaiter, cependant, que le clinicien, au terme d'une lecture parfois fatigante, aura reconnu la spécificité d'un tel travail, qui se situe au carrefour de l'entretien clinique, du témoignage et de la consultation thérapeutique. Sa complexité déborde chacune des catégories, mais elle reflète la matière dont elle traite, le traumatisme, toujours morcelé, parfois confusionnant. La volonté affirmée de ne pas se cantonner dans un seul registre découle de cette constatation : la nécessité de les articuler ensemble, tout en veillant à repérer, à chaque fois, celui dans lequel on se situe.

C'est en cela, faut-il le répéter, que la référence analytique demeure indispensable, qui permet au clinicien de s'interroger constamment sur les multiples positions qu'il est amené à occuper, tout le temps qu'il chemine aux côtés de son interlocuteur, pour devenir, à son tour, le témoin du témoin.

BIBLIOGRAPHIE

- BION W. (1962). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- BION W. (1970). *L'Attention et l'interprétation*, Paris, Payot, 1974.
- COQUIO C. (2004). *Rwanda. Le réel et les récits*, Paris, Belin.
- CYSSAU C., FÉDIDA P. (1998). « Le premier entretien », in C. CYSSAU (dir.), *L'Entretien en clinique*, Paris, In Press.
- DAMIANI C. (2001). « Psychothérapie post-traumatique et réparation », in F. MARTY (dir.), *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod.
- ERTEL R. (1993). *Dans la langue de personne. Poésie yiddish de l'anéantissement*, Paris, Le Seuil, p. 81.
- FELMAN S. (1990). « À l'âge du témoignage. Shoah de Claude Lanzmann », *Au sujet de Shoah*, Paris, Belin.
- FERENCZI S. (1922). « Réflexions sur le traumatisme », *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982.
- FREUD S. (1917). « Deuil et mélancolie », *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, 1968.
- FREUD S. (1937). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985.
- FREUD S. (1938). « Le clivage du moi dans les processus de défense », *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985.
- GORTAIS J. (1995). « Le viol : du déni d'altérité à l'exil du désir », in M. DAYAN (dir.), *Trauma et devenir psychique*, Paris, PUF.
- GORTAIS J. (1998). « Entretien et victimes de traumatismes », in C. CYSSAU (dir.), *L'Entretien en clinique*, Paris, In Press.
- HATZFELD J. (2000). *Dans le nu de la vie. Récits des marais rwandais*, Paris, Le Seuil.
- KAËS R. (1993). *Le Groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- KOHUT H. (1971). *Le Soi*, Paris, PUF, 1974.
- KORFF-SAUSSE S. (2001). « Le trauma : de la sidération à la création », in F. MARTY (dir.), *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod.
- KRYSTAL H. (1987). *Integration and Self-healing. Affect, Trauma, Alexithymia*, Hillsdale, The Analytic Press.
- M'UZAN M. (1991). « Contre-transfert et système paradoxal », *RFP*, 3, mai-juin 1976.
- OPPENHEIMER A. (1996). *Kohut et la psychologie du self*, Paris, PUF.
- QUINODOZ D. (1990). « Figer le temps pour tuer le souvenir », *RFP*, 4.
- RICOEUR P. (1983). *Temps et récit*, Paris, Le Seuil.
- RICOEUR P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil.
- SANDLER J. (1987). *From Safety to Superego*, Londres, Karnac Books.
- TERNON Y. (2004). « Le génocide des Tutsis au Rwanda » in *L'Arche*, n° 554, avril.

- WAINTRATER R. (2000). « Le pacte testimonial, une idéologie qui fait lien ? », *Revue française de Psychanalyse*, 1, Paris.
- WAINTRATER R. (2003a). *Sortir du génocide. Témoigner pour réapprendre à vivre*, Paris, Payot.
- WAINTRATER R. (2003b). « Sortir du génocide. Témoigner », in J.-F. CHIANTARETTO (dir.), *Témoignage et trauma. Implications psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- WAINTRATER R. (2005). « Peut-on parler d'une rhétorique du traumatisme », in C. DORNIER et R. DULONG (dir.), *Esthétique du témoignage*, Paris, éditions de la Maison des Sciences de l'homme.
- WINNICOTT D.W. (1956). « La préoccupation maternelle primaire », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D.W. (1971). *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, 1982.

Chapitre 3

L'ENTRETIEN AVEC DES SUJETS TOXICOMANES : CLINIQUE D'UNE RENCONTRE

INTRODUCTION

Le sujet toxicomane¹ qui fait l'objet des fragments d'entretien présentés ici fut reçu lors d'une consultation intégrée à une mission associative intégrée à une organisation non gouvernementale dite de « réduction des risques » : les prises en charge des patients y reposent, au sein d'équipes largement pluri-disciplinaires (sanitaires et sociales), sur la prescription d'un produit de substitution (méthadone) en vue de limiter les risques infectieux liés à l'acte d'injection et aux impuretés que contient l'héroïne. Cette prescription se délivre dans le cadre d'une prise en charge psycho-socio-médicale.

Écoutons tout de suite celle que nous nommerons Marie.

Chaque fragment d'entretien sera analysé ici dans un souci de montrer l'évolution du discours et la dimension clinique qui caractérise et justifie la rencontre.

Le premier fragment d'entretien présenté ici a lieu lors de la deuxième rencontre d'un travail psychothérapique qui se poursuit à ce jour, depuis une année.

1. Nous le nommons ainsi, d'une part pour conserver « la manie, la passion du poison », d'autre part, pour nous démarquer du terme en vogue d'« addiction » qui, selon nous, privilégie l'aspect comportemental aux dépens de la dimension subjective, et qui s'applique confusément à toutes les formes de dépendance.

Marie arrive, comme la première fois¹, après que le médecin lui a parlé de la possibilité de rencontrer la psychologue de l'équipe, un peu en retard et un peu agitée, inquiète, perdue. Elle a 32 ans.

**Premier fragment d'entretien :
l'événement, c'est l'arrêt de la drogue**

Marie. — *Comme je vous le disais la dernière fois que l'on s'est vues, le docteur G. m'a dit de venir vous voir parce que je commence un traitement à la méthadone.*

Psychologue. - *Oui, vous avez été d'accord avec ce que le docteur vous a dit.*

— *Enfin, ça fait quinze jours déjà que je prends la métha ; mais c'est bien, je me sens bien, enfin, ça fait drôle quand même...*

— *Drôle ?*

— *Ben, des fois, le matin je crois que je ne vais pas pouvoir attendre le bus^a l'après-midi j'ai peur de pas supporter le manque^b et d'être obligée de refaire l'idiotie... de replonger quoi... des fois j'ai envie, parce que c'est trop long d'attendre... je ne sors pas trop parce que je ne veux pas revoir certaines personnes, les gens que je voyais avant. De toute façon, je crois qu'avec mes amis d'avant, on n'avait que des relations pour la poudre. Il y en a plein qui ne s'intéressent plus à moi depuis qu'ils savent que je touche plus. Je n'aurais jamais cru, je croyais que c'étaient des amis, en fait ils étaient intéressés. Et puis, je voudrais voir mes filles.*

— *Vous avez des enfants...*

— *(Le visage de Marie s'illumine) Oui j'ai deux petites filles mais c'est le père qui s'en occupe, moi il fallait que je me soigne alors c'était mieux comme ça, c'était mieux pour elles de pas me voir.*

— *Expliquez-moi ça.*

— *Vous savez, avant j'avais un beau visage... et puis la poudre, tout ça, mes dents sont cassées, je ne suis plus qu'une épave, j'ai peur que mes filles me disent « mais comment tu deviens », j'étais belle, j'étais autre que ce que je suis maintenant...*

— *Oui, autre...*

— *Un cadavre.*



1. Le premier entretien a duré dix minutes environ. Marie, submergée d'angoisse, n'a pu supporter la situation et a demandé à quitter la pièce, après l'avoir largement arpentée tout en déversant très rapidement des propos un peu décousus. J'avais alors tenu à reprendre de façon « ordonnée », synthétique, le fil de ses propos avant de lui signifier mon accord pour interrompre l'entretien et lui avoir fixé un nouveau rendez-vous, rendez-vous qu'elle est revenue, quelques minutes après être partie, me demander de lui inscrire sur son paquet de cigarettes. Je lui demandai alors de le faire, ce qu'elle fit sous mon regard, longuement, presque douloureusement, mais avec précaution.



- Quel âge ont vos petites filles ?
- *14 et 10 ans, elles sont super les petites ! Je voudrais pas qu'elles connaissent la même vie que moi, c'est pour ça, quand on m'a dit que je ne pouvais plus les voir, j'ai dit d'accord, pourtant c'était horrible pour moi de ne plus être avec mes petites filles... on me les a enlevées, c'était dur...*
- Vous avez dû vous en séparer ?
- *Oui parce que j'étais trop dans le produit, c'était pas bon pour elles... vous savez quand on a besoin d'argent pour la drogue, on fait n'importe quoi, même le trottoir... maintenant, dans la rue, j'ai les larmes aux yeux si je vois une mère donner des câlins à ses enfants... je ne sais plus où j'en suis... des fois je crois que je suis seule au monde.*

- a. *Bus méthadone* qui circule dans la ville et distribue un produit de substitution lors de deux stationnements réguliers et quotidiens à des personnes repérées comme n'étant pas en capacité psychique ou physique de s'adresser à une structure de soins quelconque. Ce produit est délivré soit sur-le-champ lorsqu'il s'agit d'une prescription ponctuelle, soit après un entretien dit d'inclusion dans le programme de soins.
- b. La méthadone agit pendant 24 heures.

1 ANALYSE DU PREMIER FRAGMENT D'ENTRETIEN

Même si dans un premier temps Marie tente de s'échapper comme sujet en nous signifiant d'emblée combien elle n'est pas porteuse d'une demande (« venir vous voir *parce que* je commence un traitement à la méthadone »), il semble que nous pouvons noter d'emblée que le changement de (rapport au) produit, en plus de réduire la désinsertion sociale de Marie, lui a, en quelque sorte, permis de réinvestir la parole.

Il est fréquent, et la succession de désignations indéfinies (« les gens », « il y en a plein », « on ») le montre, qu'en deçà de ces temps d'« adresse », toutes les paroles semblent équivalentes et ne pas valoir grand-chose.

Pour écouter Marie, il faut au clinicien faire le pari que son acceptation de suivre le conseil du médecin en venant rencontrer la psychologue, inaugure sa réappropriation d'une place différente dans le langage parce qu'augurant d'une réappropriation de la demande.

« Oui, vous avez été d'accord avec ce que le docteur vous a dit... » est sans doute la seule écoute possible susceptible, d'une part, de fissurer le réel qui commande à l'existence de Marie, d'autre part de lui permettre de la mettre en mots, ce qu'elle fera, comme le montreront les fragments d'entretiens suivants.

Si nous reprenons le « schéma » évoqué plus haut : nouer un lien, rencontrer le toxicomane, entreprendre le travail psychique proprement dit, nous pouvons faire l'hypothèse qu'un point de nouage s'est enclenché lors de la toute première entrevue, celle qui suivait immédiatement le passage dans le bureau médical, celle qui a eu lieu sans rendez-vous, qui serait néanmoins restée « passage à l'acte » partagé entre Marie et moi si nous n'avions pas pris le temps de l'inscription du rendez-vous suivant, cette écriture tremblante, douloureuse, nécessaire. Tentative pour le clinicien d'introduire une esquisse d'élaboration, l'écriture, face à l'acte, passer d'un bureau à l'autre, dans ce contexte où tout sujet se vaut, toute parole est équivalente, c'est-à-dire vide. Tentative également d'injecter, si l'on peut dire, un premier aspect d'une continuité temporelle, le rendez-vous inscrit sur un objet voué à partir en fumée, le paquet de cigarettes, la mise en ordre des propos qui, sinon, seraient restés des mots proférés à la cantonade, les reprendre signifie qu'adresse il y a eu et que le sujet va devoir se frotter aux risques du transfert.

Recevoir le patient sans différer la « demande » repose sur quelques idées que la synthèse finale réévoquera :

- saisir au vol le sujet dans son étroite émergence ; l'expérience montre qu'à défaut, ce dernier ne reviendra pas ;
- renforcer, d'une certaine façon, l'illusion de la toute-puissance, « comme je veux, quand je veux », du sujet, condition pour supporter ce que cette rencontre risque d'induire comme perte ;
- donner à ce qui, sinon, serait un passage à l'acte de plus, une urgence et un affolement parmi d'autres, le statut de « demande ».

Dans l'après-coup, lorsque le patient revient en l'occurrence, nous pouvons avancer qu'un lien s'est noué.

Il nous reste à le rencontrer : anticipons un peu sur des éléments de conclusion en proposant que ce que nous enseigne la psychanalyse, c'est que la parole cadre la jouissance ; une fois les bords de ce cadre rendus possibles dans le nouage, la jouissance en question peut s'écouler comme va le montrer le récit qui va suivre, le sujet ne s'y noiera plus¹.

De jouissance, il est donc déjà question, et Marie nous donne à entendre (et à voir) comment le corps en reste le support de prédilection (« *avant j'avais un beau visage... et puis la poudre, tout ça, mes dents sont cassées* »).

« *Un cadavre* » : le clinicien se risque ici à conduire l'évocation du sujet au bout de sa « logique », hors symbolique : réel du réel, le nirvana, satisfaction de la pulsion de mort et de la destruction qu'elle figure, point zéro,

1. Certains pré-adolescents (11-12 ans) se noient dans les sécrétions bronchiques et les vomissements que peut provoquer l'ingestion par inhalation de crack (cocaïne brute).

signifiante impossible, chose, point d'horreur ultime à partir duquel Marie ne peut plus associer... sauf si, en face, il lui est proposé ce qui demeure de la face vivante de la pulsion : « Quel âge ont vos petites filles ? »

Marie, à l'image de nombreux patients toxicomanes, se présente à la fois comme victime et coupable, elle dit : « *On me les a enlevées... c'était pas bon pour elles...* »

Le clinicien pointe alors la position imaginaire : « Vous avez dû vous en séparer ? » Cette intervention du clinicien risque ici un déplacement visant à remettre le sujet au cœur de sa plainte (« Vous... »).

Et subrepticement, Marie glisse de l'indéfini (« *on...* ») à la nomination (« *J'ai les larmes aux yeux...* »), nomination d'un enfant dont on peut se demander lequel il figure : les siens, elle-même ? La « réponse » ne tarde pas à se faire jour, elle conclut : « *Je ne sais plus où j'en suis.* »

Dans son évocation du corps détruit, Marie utilise ce dernier comme référence à sa jouissance tout en commençant, cependant, à faire de ce corps un discours. C'est ce qu'autorise le transfert : que Marie esquisse une rencontre d'elle-même en place de ma propre rencontre avec sa jouissance qu'elle ne pouvait voir elle-même.

Pousser ce discours de jouissance à son paroxysme, c'est-à-dire jusqu'à l'ultime signifiant de « cadavre », consiste à l'autoriser à aller au bout de sa parole, en disant, en prononçant, en mettant des mots sur la mort, en l'engageant à dire ce que, jusqu'ici, elle ne pouvait qu'agir.

Enfin, insister sur sa participation à ce dont elle se plaint, le placement de ses filles, vise à remettre Marie en position de sujet là où, jusqu'alors, elle demeurerait passive, et vise aussi à une production d'un « je ». Il s'agit pour le clinicien de remettre la patiente au cœur de l'événement sans pour autant la culpabiliser ni la juger en aucune façon.

Deuxième fragment d'entretien : le toxicomane refuse la nécessité de la perte

Marie. — *Ma vie, c'est juste de la survie... À 13 ans, j'étais déjà sous héroïne, c'était fou, la famille, les amis, ça n'existait plus... j'ai dormi dans la rue, j'ai commencé à voler pour payer mes doses, j'ai même été en prison, une vie normale de droguée quoi !*

Psychologue. - Racontez-moi ces 13 ans...

— *J'étais en révolte dans ma famille, je ne supportais personne, on ne m'avait pourtant rien fait de spécial... ma mère travaillait mais elle s'occupait plutôt bien de nous et mon père, sur les routes, toujours sur les routes... un soir, il n'est pas revenu.*

— « Nous » ?





— J'ai une sœur et deux frères, on manquait de rien mais c'était comme si on n'existait pas vraiment, chacun quoi, vous voyez, ma sœur et moi c'était pareil pour ma mère, mes frères aussi, on était tous pareils quoi. À l'école j'ai rencontré des copains, j'ai commencé par essayer le shit, un peu d'alcool aussi, et j'ai goûté la cocaïne, j'ai aimé ça, je me sentais toujours forte, en forme, la drogue m'a beaucoup aidée et puis j'ai rencontré des gens plus vieux qui s'intéressaient à moi, ils vivaient dans une sorte de squat, c'est comme ça que j'ai commencé à ne plus rentrer chez moi. Ma mère supportait mal ces fugues et me menaçait de tout mais je m'en foutais complètement, je vous l'ai dit, plus rien n'existait autour de moi, même pas ma famille, il faut dire que j'avais déjà pris de l'héroïne là, et alors là, on rentre vite dans la drogue... on pense qu'à ça, on pense qu'à la drogue, on ne s'occupe plus de rien d'autre, je volais l'argent dans le sac de ma mère et puis cet argent ne suffisait plus, j'ai été obligée de rentrer dans le trafic ; parce qu'au début on nous le donne le produit, on paye pas, alors on croit que c'est bon, que tout est facile, on croit que consommer, c'est être libre, mais on peut pas garder le contrôle, c'est pas possible. En fait avec la drogue, on pense à rien, on pense pas quoi ! On prend de la drogue et on efface tout ce qui est autour de nous, on devient acharnée de la blanche...

— La blanche, c'est ce que vous preniez ?

— Oui, la poudre, je ne pouvais plus m'en passer, c'est la poudre qui commande tout, nous on suit ce qu'elle nous dit, quand on a trop mal aux muscles on n'entend même plus ses enfants, des fois, je me rendais compte de ça et c'était tellement dur, je regardais mes petites filles et pour ne plus rien sentir, je me réfugiais encore dans la poudre...

— Vous ne pouviez pas interrompre cette spirale...

— Jusqu'au jour où je me suis dégoûtée.

— Mais parlez-moi de ces moments où vous regardiez vos petites filles...

— C'est quand j'étais un peu claire, je me disais, cette vie de junkie ne vaut pas la peine d'être vécue, alors quand je pensais ça, c'était une bonne raison de retourner chercher de la poudre, je savais que j'oublierais...

— Vous décidiez d'oublier... ?

— Non... je ne crois pas que je décidais de grand-chose... c'était comme ça, je ne pouvais pas faire autrement... je peux vous le dire à vous, j'aimais ça plus que tout... ça me fait mal de vous avouer ça, mais c'était comme si mes filles passaient après ça. C'est quoi ? C'est de l'égoïsme, n'est-ce pas ?

— Qu'est-ce que vous aimiez ?

— J'aimais la rue, les gens qui me demandaient si j'en avais, on se comprenait rien qu'en se croisant, j'aimais les paquets, la dinette, j'aimais tout ce qui va avec la poudre, chauffer, faire sortir l'air de la seringue... et j'aimais surtout me l'envoyer...

(J'entends la description d'un acte sexuel et je demeure silencieuse faisant l'hypothèse que Marie va s'entendre à son tour parler de la drogue comme d'un partenaire, comme d'un partenaire sur lequel, elle aurait, de plus, une maîtrise totale.)





— *C'est ça qui est dur avec la méthà, c'est pas qu'on est en manque, c'est qu'on se l'injecte pas... c'est mieux quand même... c'est mieux que le subu, il y en a qui se l'injectent et qui ont des mains comme ça ! (enflées)... mais ça ne me manque pas l'injection...*

(Je demeure de nouveau silencieuse, laissant Marie en découdre avec cette dénégation.)

— *Et puis j'ai plus de veines.*

(Je pense que le corps est toujours en morceaux, que la toxicomanie est toujours massive et que, décidément, la substitution seule ne trouve pas de raisons d'être, du point de vue subjectif et psychique.)

— Comment a eu lieu votre venue au centre de soins ?

— *C'est mon corps, il supporte plus... mes dents, mes veines, mes cheveux...*

— Et puis ?

— (Marie se met à pleurer.) *Et puis... j'avais une énorme boule de douleur enfouie au fond de moi, une boule qui écrasait ma vie.*

— Et vous vous êtes remise à penser...

— *Oui, j'aimerais récupérer tout ce temps perdu... mon rêve, vivre encore quelques années et me réveiller le matin en souriant.*

2 ANALYSE DU DEUXIÈME FRAGMENT D'ENTRETIEN

« Sur vie », « sous héroïne », *sur, sous*, Marie est partout sauf *dans* le monde... ce monde dont le père semble s'absenter. Je pense qu'il ne faut pas se précipiter sur cet élément (le départ du père), qui me semble venir là un peu comme un écran, précipitation possible du fait que l'élément est massif, avancé d'emblée, sorte d'« urgence » que le sujet peut nous pousser à explorer trop vite comme nous engageant dans un « passage à l'acte » où l'on comprendrait soudain *tout* avec lui. Aussi le clinicien doit-il préférer interroger ce qui est énoncé juste avant, « nous » ?

Alors Marie s'autorise à dire l'indicible, cette superposition du « besoin » et du désir dont elle ne peut plus aujourd'hui être tout à fait dupe : « on manquait de rien mais c'était comme si on n'existait pas vraiment ».

Être pareils pour la mère, chez l'enfant, c'est insupportable, c'est dur, c'est dur pour Marie d'avoir été une « sous-héroïne », de ne pas avoir compté pour « une ». L'enfant est, pour un temps, le « héros » de la mère, même si très vite la mère l'en désillusionne ; c'est un temps nécessaire, un socle, une assise narcissique, une sécurité interne qui lui permettra de

supporter l'absence sans la confondre avec la mort, la perte de l'objet sans la confondre avec la perte de son être. Cette analyse repose sur le travail que le clinicien élabore à partir du signifiant, ici le signifiant « héroïne ».

L'entrée dans la toxicomanie se fait pratiquement toujours à l'adolescence et sous le regard de l'autre. À l'adolescence, l'autre, le semblable, le pair, est celui qui en découde lui aussi avec l'énigme d'une jouissance infantile à jamais perdue. Cette découverte adolescente n'est pas toujours facile à intégrer.

Marie dit : « *j'ai rencontré des copains j'ai commencé par essayer...* ». C'est dans la rencontre que l'au-delà du principe de plaisir prend le dessus sur le principe de réalité : mission accomplie, « *j'ai aimé ça* ».

C'est un espace de récupération de la toute-puissance infantile mise à mal par la non-reconnaissance singulière de son être que Marie dit avoir vécu dans le regard de sa mère, sans doute trop occupée à lutter contre sa propre dépression, son propre rapport à la perte, réactivée peut-être par le départ du père : « *je me sentais toujours forte, en forme* ».

Très vite, dans ce contexte, le produit se met à figurer l'autre. L'inscription dans une altérité, dans un lien à l'autre, s'efface au profit d'un rapport à l'objet réel qui, lui, croit-on, ne se perdra pas sur les routes : « *la drogue m'a beaucoup aidée* ».

Très vite également, l'objet de consommation devient cause de tout. La jouissance se loge ici dans le pouvoir de condamner le toxique, glorieux et haïssable tout à la fois ; c'est-à-dire que l'objet parfait (« *on pense qu'à ça, on pense qu'à la drogue* ») s'exprime ici chez Marie à la fois avec délice et douleur. Pourtant, c'est bien à cela que sert le « briseur de soucis » (Freud, 1929), à figer la pensée, à ne pas *être*, en quelque sorte, à ne pas exister, c'est-à-dire peut-être pour Marie à s'inscrire dans le désir maternel, puisque pour elle, « c'était comme si on n'existait pas vraiment ». D'ailleurs, voler les objets maternels, c'est ne pas en finir avec l'objet primordial, ne pas se confronter à ce temps définitivement perdu, impossible à retrouver, ce temps interdit, ici illusoirement et répétitivement convoqué (« *je volais l'argent dans le sac de ma mère* »).

L'économie réelle est moins coûteuse psychiquement qu'une économie désirante, celle qui ne peut laisser le sujet dans l'ignorance de sa condition : la castration (« *j'ai été obligée de rentrer dans le trafic* »).

Il y a une ébauche de réflexion chez Marie sur l'illusion qui consiste à croire que l'objet « donné » n'est pas perdu. Cette illusion se fissure ici et nous pouvons faire l'hypothèse que ce déplacement subjectif peut s'opérer à la faveur de l'événement « arrêt de la drogue », lui-même possible pour l'instant grâce à la méthadone (« *on peut pas garder le contrôle* »).

L'« *acharnement de la blanche* » est un nom de la « passion du toxique » qui signe les vraies toxicomanies, celles qui, comme pour Marie, sont extrê-

mement précoces et renvoient à ce temps de la figure maternelle, ce temps de l'Autre qu'il nous faut interroger. Comme il nous faut, en cet instant où Marie souhaite questionner son rapport à la jouissance (« *la drogue efface tout* »), être à l'écoute de sa question, qui, sans adresse, la conduirait de nouveau à désinvestir le champ du langage et de la parole. Au moment où Marie semble se mettre à voir, il nous faut l'engager à comprendre. C'est ce que recouvre le fait que le clinicien reprenne à son compte le terme « *blanche* » (« la blanche, c'est ce que vous preniez ? »). À défaut, le risque est alors grand de laisser le sujet se complaire dans une plainte qui l'exclut du champ subjectif et le laisser croire que la souffrance est hors de lui, hors langage, qu'elle s'appelle comme l'objet et que son être est absent de tout rapport à cet objet : si parler de la drogue permet dans un premier temps au toxicomane cette imaginisation du réel, le clinicien, on peut l'espérer, est dans un temps plus avant, celui du symbolique. La substitution permet au sujet de se reconnaître sous une identité autre que celle de toxicomane : or c'est quand le sujet n'est plus un « toxico », c'est-à-dire quand il est déjà à distance de la jouissance qu'il peut interroger cette dernière. Tant qu'il est « toxico », il jouit, et ne peut donc, par définition, rien en dire : c'est ce qui représente l'écart permis par ce changement d'objet si le clinicien se risque alors à s'introduire, à mener son écoute spécifique, écoute de la structure du discours et de l'enchaînement des signifiants, dans cet écart, et à préserver, un temps encore, une certaine illusion, prenant maintenant la forme de « la méthadone est un traitement miracle », pour que le sujet puisse supporter ce qui va se jouer de la perte à cet endroit pour lui.

Si la substitution demeure « comportementale », c'est-à-dire se réduit à prendre un objet pour un autre, un produit à la place d'un autre produit, elle relève de la métonymie ; s'il y a intervention du clinicien (nouage, rencontre), elle est un déplacement du sujet, c'est-à-dire une production de sens par substitution d'un signifiant à un autre, le *traitement* et non plus la *drogue*, soit une métaphore. C'est le champ du clinicien. De plus, la méthadone ne « passionne » pas les toxicomanes. Tandis que Marie nous exprime bien comment au fur et à mesure que le sujet s'efface, le produit se met à figurer un Autre « passionnant » (« on, on, on ») dans un *rapport* à la blanche...

Le clinicien tente d'inverser ce désordre et de mener à la dénonciation de ce rapport, sachant, lui (étant « en règle » avec sa propre castration), qu'un rapport ça n'existe pas, pas comme ça, pas dans la confusion des termes de ce rapport : le produit n'est pas le sujet (« la blanche, c'est ce que vous preniez ? »). Alors « la blanche » peut (re)devenir la poudre, c'est-à-dire un objet, et le « on » peut (re)devenir « je ». Mais, pas de magie dans la clinique, l'inversion n'est pas gagnée, l'élaboration prend du temps (« *c'est la poudre qui commande tout, nous on suit ce qu'elle nous dit* ») ; le clinicien ne lâche pas (« vous ne pouviez pas interrompre cette spirale »).

Lorsque, dans ce paysage décrit comme autarcique, émerge de « l'autre », le clinicien insiste sur ces miettes d'altérité qui seules peuvent inaugurer la

perte et un changement de position subjective, de la toute-puissance à la dépression, de la position quasi autistique dans laquelle l'effet du produit peut enfermer le sujet alors effacé, à la position dépressive qui signe un renoncement nécessaire (« mais parlez-moi de ces moments où vous regardiez vos petites filles »), privilégiant également ce nouveau « lien » à ce qui allait tourner à la jouissance contenue dans l'auto-dépréciation (« *je me suis dégoûtée* »).

Et voici l'élément dépressif, il était dans le sujet, le clinicien ne fait que permettre son énonciation (« *cette vie de junkie ne vaut pas la peine d'être vécue* »).

Lorsque la perte s'entrevoit, un élément d'adresse signant que du transfert est à l'œuvre, apparaît : ici a lieu la rencontre (« *je peux vous le dire à vous* », « *de vous avouer ça* ») et la perte s'envisage, l'objet choit (« *ça* ») et la culpabilité peut alors accompagner la « dépression » qui signe l'intégration de cette chute (« *c'est de l'égoïsme, n'est-ce pas ?* »).

Au clinicien d'insister peut-être alors sur la restitution subjective (« qu'est-ce que vous aimiez ? »). La question peut prendre une pertinence car un mot vient dans le discours de Marie signifier un sentiment qui lui appartient, l'amour, et peut alors s'esquisser une sortie d'un champ objectif au sens propre, ce champ où la jouissance est pure, la jouissance phallique étant, pour sa part et jusque-là, déliée du corps propre.

D'une place nouvelle de sujet peut s'édifier, pour Marie, la modification de son rapport au réel (« *c'est pas qu'on est en manque* »). Souvenons-nous que dans le premier fragment d'entretien, Marie parlait du manque avec une actualité qu'aucune réalité ne pouvait justifier (« *je crois que je ne vais pas pouvoir attendre le bus l'après-midi j'ai peur de pas supporter le manque... et d'être obligé de refaire l'idiot* »).

Des temps de silence du clinicien ont ponctué, bien sûr, cet entretien. L'objectif est de montrer ici que ces silences ne reflètent ni un arrêt de l'écoute, ni, par conséquent, une interruption de la pensée, c'est-à-dire des associations cliniques que le discours du patient engendre. Il est trop tôt pour interpréter. Marie reviendra sur la description de l'acte d'injection et le clinicien peut s'attendre à ce qu'alors, dans un temps où la confrontation à la perte, la dépression et la culpabilité seront solidement assumées, l'assise narcissique se sera suffisamment étayée, étoffée pour que Marie entende ce qu'elle dit : que la drogue peut venir en lieu et place de la question sexuelle et que l'injection lui manque, c'est-à-dire que le manque n'est pas encore existentiel.

L'énumération des morceaux de corps témoigne que l'interprétation aurait été prématurée. Par contre, « et puis ? » est une façon pour le clinicien de demander à Marie de parler d'autre chose que de ce corps-objet évoqué comme ne lui appartenant pas, comme non construit dans l'articulation des signifiants (« *mes dents, mes veines, mes cheveux* »). Toujours dépendante,

Marie s'acharne à refuser la nécessité de la perte et préfère, dans le sacrifice du symbolique de la dette, continuer à jouir d'un corps endommagé, maltraité, cruellement auto-maltraité.

Mais ce « parlez-moi d'autre chose » que recèle le « et puis ? » enjoint à Marie de se déplacer et Marie se déplace : c'est bien d'une douleur psychique (et non illusoirement physique), qu'il va maintenant être question (« j'avais une énorme boule de douleur enfouie au fond de moi, une boule qui écrasait ma vie ») : le travail psychothérapeutique va pouvoir s'engager.

On notera que l'entretien prend fin comme il a commencé mais que la position du sujet peut maintenant s'envisager dans un envers : en effet si Marie évoque au début de l'entretien que, « avec la drogue on pense à rien, on pense pas quoi », le travail d'élaboration accompli par elle, sous transfert, dans cette rencontre, engage le clinicien à formuler que ce travail a bien eu lieu (« et vous vous êtes remise à penser ? »). Nous pouvons supposer que l'effet de ce retournement réside dans la création pour Marie d'un espace de projection de la pensée, de représentation, signant peut-être que le travail psychique est véritablement engagé. Il sera emprunt de difficultés comme vont en témoigner les fragments qui suivent.

Troisième fragment d'entretien : le toxicomane pousse le clinicien dans l'urgence d'une intervention dans la réalité. Le clinicien « temporalise », non captif de toute illusion d'« abstinence ».

Marie. — *L'autre jour, je me suis fait flasher, je vais en avoir pour 200 euros !*

Psychologue. — Flasher ?

— *Oui par les flics, sur l'autoroute, j'ai senti que je roulais trop vite et je suis sûre que je me suis fait flasher, je suis en colère contre moi-même, 200 euros, vous vous rendez compte, au lieu d'acheter ce que les petites ont besoin !*

(Je garde le silence afin que Marie puisse dire, à partir de cette nouvelle position, la colère, position encore jamais tenue dans l'espace clinique.)

— *Et puis je m'en veux parce que juste au moment où j'essaye de m'en sortir, c'est comme si je me mettais hors la loi, c'est vrai quoi, j'ai fait une infraction...*

(Le silence est gardé pour les mêmes raisons et pour ne pas se hâter de « comprendre ».)

— *De toute façon, je suis pas bien en ce moment... cette semaine ça s'est mal passé, c'est trop dur... j'ai revu un copain, un copain d'avant, vous savez... lui, il touche plus non plus... enfin il m'a dit que depuis qu'il est avec la méth'a, il a retouché que 2 ou 3 fois... mais bon, il a arrêté quand même... on a pris un café et on a passé un moment, on n'a pas pris de bière ni rien. En fait je l'ai vu presque tous les jours cette semaine... mais on n'a rien fait, oh ça non, je ne risque pas de retoucher à ça, non, non...*

— Pourtant quelque chose vous préoccupe...



— Oui, je n'avance pas, à quoi ça sert que je vienne ici ? Parler, à quoi ça sert, hein, c'est pas ça qui changera quelque chose à tout ce que j'ai vécu. C'est vrai, il n'y a jamais rien qui va. En vérité, il va falloir que je paye en plus ! Et puis ici je rencontre des toxicos, ils parlent que de ça, moi j'en ai marre...

— Oui, qu'est-ce qui est difficile là...

— J'sais pas... j'y pense... j'y pense tout le temps, j'en parle tout le temps, j'y pense tout le temps quand je suis seule chez moi... je pense à l'odeur, à la couleur, tout quoi ! Je sens l'ambiance, le goût, je ferme les yeux et je vois les mecs qui vendent, comment ils plient les paquets, je sens la dinette, l'odeur... Avec mon copain c'est pire, lui il est comme moi, il y pense tout le temps, des fois on se dit « et si on y allait ? », mais à chaque fois c'est moi qui dis « non, déconne pas, on n'a pas d'argent »... non moi je suis sûre que j'y retournerai pas, tout sauf replonger !

— Je sais pas, peut-être que lui, il le fait sans me le dire, mais moi non, c'est sûr, et quand on se voit, on ne fait qu'en parler et il y a toujours un moment où on se dit « et si on y allait ? » mais on le fait pas...

— Ce que vous me racontez a peut-être à voir avec votre colère...

— Oui... pour les petites, ce serait terrible, même si elles ne sont pas au courant de tout ce que j'ai fait, ce serait moche pour elles, elles croiraient encore que je suis malade, elles sont grandes maintenant, elles se feraient du souci pour moi, peut-être que je ne pourrais plus les voir encore...

— Mais vous vous souvenez du moment où vous vous êtes mise à avoir ces pensées ?

— Je crois que c'est quand je me suis fait flasher, ça m'a fait trop bizarre, j'ai tout de suite pensé que j'avais enfreint la loi et je me suis dit « à quoi bon ? ».

3 ANALYSE DU TROISIÈME FRAGMENT D'ENTRETIEN

Je fais l'hypothèse qu'un « flash » en convoque éventuellement un autre, celui de la prise de drogue par injection, celui qui manque à Marie et je suppose alors qu'elle va peut-être parvenir à lier ces signifiants entre eux. C'est pourquoi le clinicien face à ce déferlement de colère accueille en silence ce qui est présenté comme lui étant adressé mais dont il sait qu'il n'en est rien.

Ce fragment d'entretien rend compte de ce que Freud appelait « la réaction thérapeutique négative » fréquente avec ces patients que sont les toxicomanes. En effet, ces derniers, d'une part mettent en jeu des tentatives récurrentes de rester accrochés non seulement au produit cause et effet de

tout, mais surtout au sort cruel qu'ils se font subir à eux-mêmes, comme dans un souci de « payer » ce qu'ils ont fait, parcours pour lequel ils n'ont jamais la moindre complaisance. D'autre part, attachés à ce mécanisme de défense projectif qui leur fait contourner la subjectivité, c'est-à-dire éviter la castration, il leur est plus économique d'invalider l'autre, en l'occurrence, au sein de l'espace de transfert, le clinicien. Ainsi le voici de nouveau, comme au bon temps de l'illusion, protégé de tout ce qui peut venir de l'extérieur le convoquer dans un choix, c'est-à-dire questionner ce qu'il en est de son désir.

Ce dernier ne s'évoquera que sur le mode habituel où le sujet toxicomane le réduit à un pur besoin. De plus, ici, Marie ne peut en faire parvenir des aspects à sa conscience qu'à travers le processus de la dénégaration.

Le clinicien doit ici se faire lieu indestructible : il accepte l'attaque à peine camouflée, sans la cautionner pour autant, preuve en est ce déplacement proposé au sujet (« c'est peut-être cela qui vous met en colère »). L'effet recherché se veut être double : d'une part, le patient n'est définitivement pas tout-puissant, aussi ses pulsions destructrices n'auront-elles pas raison de l'autre. D'autre part, il est plus intéressant pour le patient, après avoir renoncé à détruire l'autre comme pour se prouver qu'il est encore le maître de sa jouissance, de s'interroger sur ses propres mouvements négatifs, ses propres ressentis haineux pour viser à en détacher des éléments de signification.

La passion (que la toxicomanie figure) avoisine toujours, au bout d'un certain temps, et de façon essentielle, la haine. Dans le récit de Marie, on a pu voir comment elle a pu verser dans l'autodépréciation, l'effacement de soi en tant que sujet. Elle habite ici la plainte de Marie qui prétend que rien ne va. L'abord psychopathologique de la toxicomanie montre comment, le plus souvent, cette haine s'adresse sur le mode de la plainte à la mère qui a, dans la réalité ou dans le fantasme (peu importe), maltraité ou négligé l'enfant. Plus profondément, cet entretien, dans son ensemble, signale combien la pulsion de mort est encore loin d'être « muette ».

Du point de vue de l'entretien, de la rencontre proprement dite, que Marie nous dise, sous la forme de multiples dénégarations, qu'elle est sur le point de reprendre de la drogue, représente une des formes que peut prendre l'urgence dans laquelle la réalité que recouvrent ces propos peut entraîner le clinicien, celle qui appelle à faire du « soutien », à signifier par exemple qu'avec tous les efforts accomplis jusque-là, ce serait dommage ; celle qui pousse à penser à tous les dangers que la réalité de la toxicomanie suppose : l'infection, l'overdose plus que jamais probable après un long arrêt du produit, la prison qui va suivre les délits forcément accomplis pour obtenir l'argent nécessaire à la dose, l'escalade de nouveau dans la dépendance, etc.

C'est pourquoi je conserve mon attitude silencieuse pleine néanmoins de trois éléments : je supporte la « réaction thérapeutique négative », je n'interviens pas ailleurs que dans le symbolique (ici le discours, l'interprétation), je

ne déresponsabilise pas Marie dans un souci éthique de ne pas annihiler le sujet.

Le moment qui vient d'être présenté augure d'obstacles et de difficultés à venir. Il touche à l'extrême fragilité que le sujet tente de déguiser en « *moi, j'arrête quand je veux* », « *tout de suite* »...

Chaque nouvelle rencontre, soumise à ces failles narcissiques, est imprévisible : c'est ce qui rend le travail de psychothérapie dans le champ de la toxicomanie si complexe, comme toujours à recommencer, emprunt de sentiments contre-transférentiels à repérer sans cesse et à élaborer soigneusement. Plus ardu que la rencontre elle-même et les points d'horreurs qu'elle ne manque de soulever, est ce travail de contrôle qu'il est impossible au clinicien de contourner s'il espère continuer à entendre.

Quatrième fragment d'entretien : le toxicomane et le passage à l'acte

Marie. — *Hier je me suis disputée avec une de mes filles...*

(Long silence, quelques larmes, nervosité de Marie qui se tord les mains, se lève, arpente la pièce comme lors de notre première rencontre.)

(Le clinicien se tait mais pense, associe : ainsi, me dis-je, quelque chose de ce travail entrepris est l'objet d'« attaques » de la part de Marie, est mis à mal puisqu'il semble que nous nous retrouvions à « la case départ », comme une annulation...)

— *Elle m'a dit des méchantes choses...*

— *J'ai refait l'idiote... c'est quand elle est partie en claquant la porte, je sais pas ce qu'il m'a pris, je suis sortie et j'ai été direct à mon quartier, je me disais pas que j'allais le refaire mais je suis allée là où il y en a... et quand j'ai revu les gestes d'avant, j'ai plus pensé à rien.*

Psychologue. - *À rien ?*

— *Enfin, je me suis dit « si elle me fait ça, je vais me faire un shoot, j'ai toutes les bonnes raisons pour »... avec tous les efforts que j'ai faits, quand même, et elle me dit toutes ces choses affreuses...*

— *Que sait-elle de ces efforts ?*

— *Ben, en fait je leur ai toujours caché ce que je faisais... on leur disait que j'étais malade quand je piquais du nez ou quand je tremblais de froid, alors évidemment, je leur ai pas dit que j'avais arrêté... c'est comme si tout le monde s'en fout finalement que j'arrête ou que je me soigne ou pas !*

— *C'est l'autre face du secret...*

— *Ben, à quoi bon si personne n'est là pour voir...*

— *Pour reconnaître ces efforts...*

— *La petite ça va, elle est toujours trop contente de venir, c'est la grande, on dirait qu'elle ne se rend pas compte, elle n'aurait pas dû me parler comme ça ! voilà ce que j'ai fait maintenant !*





- Vous êtes allée dans votre ancien quartier et vous avez pris de l'héroïne...
- *Oui, mais c'était pour oublier, comme avant, l'héroïne vous savez, ça remplace tout, tout ça pour quelques secondes... après je me dégoûte.*
- Ces quelques secondes...
- *On est bien, on pense plus à rien, c'est le vide complet, la bulle, le noir, on ne sent plus rien, on n'est plus rien... mais après je me suis dit que le problème était toujours là, j'ai pensé partir, quitter la ville mais je ne crois pas que c'est la bonne solution. Je peux plus me voir dans cet état, je vais tout arrêter, ou alors partir, tout quitter... ne plus revenir...*
- C'est ce que vous disiez de votre père...
- *Mes parents, ils avaient des problèmes de famille je crois, il y avait des disputes avec mes grands-parents, tout le temps, mais on ne me disait pas pourquoi...*
- C'était tenu secret...
- *Oui, on disait rien aux enfants... et mon père, tout ce qu'il a trouvé de mieux à faire, c'est de nous quitter... ma mère, elle s'est occupée toute seule de nous mais c'était dur, elle travaillait tout le temps pour finir le mois, quoi, et nous on faisait tout ce qu'on voulait, elle était pas là pour voir...*
- Et si personne n'est là pour voir...
- *Je crois que je n'avais jamais compris à quel point ça a dû être dur pour elle, je lui en voulais, c'est tout, je cherchais pas à comprendre... peut-être que ma fille m'a fait mal comme moi avec ma mère en fait... on dirait qu'elle m'en veut et quand je lui dis « mais pourquoi tu m'en veux comme ça ? », elle crie, elle dit « tu sais très bien ! » et elle ne veut pas me répondre, elle claque les portes, tout ça, et hier j'ai pas supporté...*
- Vous n'avez pas supporté de vous souvenir de vous à son âge...
- *C'est vrai, quand j'y pense je regrette tout ce que j'ai fait à ma mère... je suis partie, j'étais dans la rue et elle me cherchait, je ne voulais pas la voir, quand elle me trouvait, je l'envoyais au diable, je criais, je disais n'importe quoi pour qu'elle reparte...*
- Vous lui disiez de méchantes choses...

Et ainsi se poursuit, encore à ce jour, le travail avec Marie, le travail de psychothérapie proprement dit où il n'est presque plus question de drogue mais de nœuds historiques à analyser. Le récit de ce travail sortirait de notre propos qui est la rencontre avec le toxicomane.

De cette rencontre il sera encore question en conclusion mais auparavant, analysons les enjeux de ce fragment ayant trait à l'acte.

4 ANALYSE DU QUATRIÈME FRAGMENT D'ENTRETIEN

Du point de vue de la jouissance, qu'est-ce qu'un usage ordonné de ce qu'on appelle plus ou moins proprement des toxiques, peut avoir de répréhensible...

Jacques Lacan, « La science et la vérité »,
Leçon 1 de « L'objet de la psychanalyse », séminaire réduit (gaogoa@free.fr).

Marie raconte un usage « non ordonné » du produit, usage décrit en effet, par elle, comme pris dans l'(im)pulsion, évoqué sur le versant d'un passage à l'acte, sans doute là où les mots, les signifiants qui la représentent, ne pouvaient encore s'articuler entre eux. En dehors de la forme même du récit de Marie qui nous fait penser que ce qui vient de s'acter ne répond pas exactement des mêmes enjeux psychiques qu'auparavant (une non-renonciation à la jouissance immédiate, interdite et impossible), il y a le fait qu'elle vienne à son rendez-vous et que justement, elle en fasse le récit. Reste au clinicien à mener l'entretien de façon à ce que ce récit la questionne en tant que sujet ayant accompli cet acte.

On notera cependant comment Marie présente les choses, de façon quasi perverse, à demi-mot, à la limite de nous adresser directement sa colère et sa haine. Aussi, si le clinicien demeure ici silencieux, c'est parce qu'il doit se garder de tout voyeurisme dans lequel pourraient l'attirer les propos de Marie et ses silences. Les silences de Marie contiennent sans doute une part d'indicible mais également, et là, seul le transfert en jeu en ce temps peut nous l'indiquer, une certaine jouissance prise à maintenir le mystère, jouissance nous mettant sur l'idée qu'un fonctionnement pervers (voyeurisme/exhibitionnisme) est à l'œuvre ; en se gardant bien ici de poser des questions, le clinicien signifie, en quelque sorte, qu'il ne « jouit » pas avec Marie mais continue de « désirer », en l'occurrence, désirer faire son travail, c'est-à-dire écouter. C'est donc ce que reflètent mes longs silences du début de l'entretien.

Et Marie raconte... et tente dans son récit de se raccrocher à de vieux réflexes psychiques, ses mécanismes de défense ébranlés mais rassurants, la confirmation que rien de son état n'a changé, que sa force de destruction est intacte, qu'elle savait bien qu'elle avait de bonnes raisons de se sentir persécutée, que finalement elle a toujours la maîtrise totale de la situation. Les trois bénéfices manifestes ici étant, d'une part, que ce qui arrive lui échappe, autrement dit qu'elle n'y est pour rien (*« je sais pas ce qu'il m'a pris »*), d'autre part que si ce n'est pas elle, c'est l'autre, elle nous laisse entendre que c'est la faute de sa fille, et enfin que rien n'a changé (*« on ne pense plus à rien »*), que l'on peut entendre comme une déclinaison de plus de la pulsion de mort qui, dans l'espace de transfert, s'inscrit dans la « réaction

thérapeutique négative » évoquée plus avant, réaction consistant à mettre à mal et le sujet lui-même (« *je me dégoûte* ») et le thérapeute, (« *tout le monde s'en fout* ») et la relation qui les réunit (« *je vais partir... ne plus revenir* »).

« À rien ? » avance alors le clinicien, dans un souci de signifier que l'on n'est quand même pas revenu tout à fait à la case départ, que ce qui a été élaboré le demeure, que la parole a des effets que la drogue n'annule pas comme ça, que l'on ne saurait être exactement pareil après qu'avant psychiquement, que même si le comportement, lui, semble être identique, ce qui continue de nous intéresser ici, ce n'est pas la prise de produit mais le rapport entretenu par Marie à cette prise de produit.

Remettre patiemment à leur place les sujets et les objets, telle est notre tâche ici où ce désordre tend à annuler la rencontre, c'est pourquoi, au risque de s'attirer les foudres de Marie déjà très en colère, j'insiste sur sa « responsabilité » (« ce n'est pas l'autre, c'est vous, vous êtes allée dans votre ancien quartier et vous avez pris de l'héroïne »).

Marie met alors en mouvement une autre de ses défenses, l'auto-dévalorisation, si ce n'est pas l'autre, si la projection ne fonctionne plus, alors, certes c'est elle, mais elle ne peut être que toute mauvaise (« *c'était pour oublier... maintenant je me dégoûte* »).

Là encore, la tentation peut être grande de consoler Marie, de la déculpabiliser, de faire du « soutien », soutien qui reviendrait à croire en ces mécanismes, la projection, l'auto-dépréciation, etc., c'est-à-dire à renforcer le moi du sujet. Démarche qui, si elle peut prendre sens à l'étape où un lien doit se nouer, ne serait plus que leurre et confort du thérapeute au seuil du véritable travail psychique.

Le déroulement des mouvements psychiques et transférentiels rendus ici montre que le temps le plus délicat du suivi du toxicomane est ce temps de la rencontre. Pour le patient, c'est le temps du sacrifice de la jouissance, pour le thérapeute c'est le temps où il va devoir supporter les bouleversements induits par ce sacrifice et qui relèvent très souvent de passages à l'acte, légers comme l'absence aux rendez-vous, ou plus lourds, comme la « rechute », d'auto ou d'hétéro-agressivité, voire de transgressions et/ou de violences graves, menant parfois à l'(auto)-exclusion du patient de la structure de soins. Mais cet extrême est atteint le plus souvent dans un contexte où la perte n'est pas élaborée, c'est-à-dire un contexte de substitution pure et simple.

Cinquième fragment d'entretien : la tentative d'accès à la « normalité » ; la maladie dans le réel

(Plusieurs mois se sont passés. Marie connaît des phases difficiles qu'elle surmonte plus rapidement et qui ne l'effondrent plus.)





Marie. — J'arrive de l'hôpital ! C'est Jeff (le copain dont Marie parlait plus haut), avant-hier il était pas bien, il déprimait à fond, il disait qu'il ne pouvait plus se voir rentrer chez lui tout seul, que c'était le vide, qu'il avait acheté un flash de whisky, vous vous rendez compte, obligé de boire, il n'a pas de toilettes, ni douche, ni rien... en plus il a le VIH et il a plein de diarrhées avec le traitement, il supporte pas le bruit. Moi j'ai connu tout ça, j'étais dans un autre monde, je n'arrivais pas à supporter grand-chose et encore, moi j'ai pas le Sida...

Psychologue. — Parlez-moi de cet autre monde...

— J'avais l'impression que les gens étaient vivants, qu'ils vivaient trop, que moi je n'étais pas dans leur monde, pas encore... il fallait d'abord que je me repose. Je me disais que peut-être après, je pourrais vivre moi aussi au milieu d'eux, mais que là, la vie c'était la jungle, que je ne pouvais pas... enfin, ça va maintenant, je vais chercher la petite à l'école et j'ai rencontré des mamans, elles me parlent comme aux autres, hein... oui bien sûr, je ne suis pas très à l'aise, je crois toujours que ça se voit sur ma figure mais je me raisonne, j'essaie de m'intéresser à tout ce qu'elles racontent... mais c'est Jeff là qui me fait peur, il a eu du mal à respirer et les pompiers l'ont amené aux urgences. J'arrive de l'hôpital là, il dormait, on aurait dit qu'il était mort...

— C'est ce que vous avez pensé lorsque vous l'avez vu...

— Oui... j'ai pensé aussi que c'était injuste, juste au moment où il s'en sortait... il touchait plus et il avait cette chambre, pourrie mais bon, il n'était plus dans la rue quoi... et j'ai pensé que j'avais de la chance, moi je n'ai que l'hépatite... j'ai appris que presque tous les copains d'avant étaient morts. Ça m'a fait un choc... on ne se rendait pas compte de tout ça... on pensait pas à tout ça... on vivait au jour le jour... on était complètement inconscients et on ne risquait pas de compter sur quelqu'un pour prendre soin de nous... si on nous avait donné des pompes (seringues) à l'époque, il y en a qui seraient encore là...

— Vous n'aviez aucune information sur les risques infectieux ?

— Si, bien sûr, mais on ne se sentait pas concernés...

— Vous n'avez rien fait de ces informations ?

— On n'était pas en état, on était... démunis, dépendants, ils auraient dû nous forcer à prendre des pompes propres... moi j'ai eu de la chance, pas comme Jeff, c'est vrai que je réutiliais mes seringues mais je les rinçais bien quand même. La plupart, ils se la passaient direct... Jeff... ça m'a trop angoissée, ça me fait venir trop de souvenirs, trop le passé... et puis c'est le seul qui me reste d'avant. C'était un ami, les autres ils ont tous disparu quand je n'avais plus de produits à leur donner. Ça m'angoisse de penser qu'il va peut-être mourir... ils lui ont mis des tuyaux pour qu'il respire je crois, pour le nourrir aussi peut-être... on a vécu tout ensemble, la galère mais aussi la méth'a, quand on a décroché. C'est dans un moment de lucidité qu'on s'est rendus compte des loques qu'on était devenu. On a essayé plusieurs fois, on se disait « un dernier » et on n'arrivait jamais à passer le manque, on est allé en prison presque au même moment... Vous croyez qu'il faut que je prévienne sa famille ?

— Vous les connaissez ?





— Oui, enfin, sa sœur, au début elle avait essayé de nous aider, elle nous avait donné un peu d'argent une fois, je me rappelle... je vais essayer de la trouver, c'est moche d'être seul... moi j'ai mes filles quand même...

5 ANALYSE DU CINQUIÈME FRAGMENT D'ENTRETIEN

Marie est triste, légitimement triste, pourrions-nous dire, son ami va mourir. Le réel (la maladie grave) l'a rattrapé. Elle ne s'effondre pas de façon totale et existentielle. Elle est juste en deuil. Elle aborde des questions aussi essentielles que la vie et la mort avec une certaine maturité de réflexion. Sa revendication quant à cette sorte d'« autisme social » dans lequel baignait la toxicomanie d'alors connaît elle aussi une légitimité certaine.

Pourtant, il reste au clinicien à ne pas demeurer fasciné par ces propos auxquels pourtant il adhère totalement et qui pourraient l'enjoindre à faire lui aussi le procès du lien social. Ce qu'il sera bien entendu libre de faire sur une autre scène que celle de l'entretien avec Marie. Ici, au-delà de la réalité de l'horreur sociale que soulignent les dires de Marie, il lui faut entendre qu'il demeure une part du sujet qui s'inscrit *singulièrement* dans ce contexte et que ce sont les fils de cette singularité subjective qu'il lui faut tirer. C'est l'objectif de la question « vous n'aviez aucune information sur les risques infectieux » : faire encore et toujours le pari du sujet.

« Démuni », « dépendant », voici qui n'est pas sans nous rappeler l'état du nourrisson dont il faut « prendre soin » si l'on veut qu'il vive. Il faudra, peut-être seulement dans un second temps de l'entretien, se souvenir que Marie se plaignait au début de notre rencontre de ce qu'elle avait vécu comme un manque de soins maternels.

Dans un second temps seulement parce que, autant l'aspect réel de la question ne doit pas fermer l'écoute du clinicien, autant l'aspect subjectif ne doit pas faire écran forcé à l'actualité des propos de Marie.

C'est pourquoi, comme on peut le lire, le clinicien laisse le récit, les souvenirs, la peine, les regrets... se dire. Ce qui semble aussi permettre à Marie d'évoquer un point du côté de l'angoisse et non plus seulement sur le versant de la dépression, comme si, dans un mouvement inverse au mouvement névrotique, elle pouvait, rassurée par sa propre castration, (avoir supporté la perte), se confronter à celle de l'Autre, (ici la finitude de Jeff). Le temps n'est pas à l'interprétation. Ce qui pourtant permettra que ce temps arrive, c'est, d'une certaine façon, la mémoire clinique de cet accueil.

Écouter, c'est rendre possible l'articulation des signifiants entre eux pour un sujet qui, le clinicien l'évaluera dans le transfert, sera à un moment donné apte à l'entendre. Ainsi alterne-t-on, dans l'entretien clinique avec le patient « toxicomane », entre « voir », « comprendre », « voir », « vérifier ce que l'on a vu », « comprendre », « n'être pas sûr de vouloir comprendre »... Ainsi le transfert demeure-t-il, au-delà des mots, le fil qui conduit la rencontre clinique à se tisser pour se constituer en un lieu psychique propice à un travail d'élaboration des souffrances, des jouissances, bref de ce qui noue, pour un sujet singulier, son symptôme.

CONCLUSION ET SYNTHÈSE

Les fragments d'entretiens que nous avons eus avec Marie ont été présentés ici dans un ordre chronologique. Nous pouvons cependant tenter d'en extraire la logique de l'élaboration.

La rencontre avec le patient toxicomane est toujours très imprévisible. Elle nous confronte à un temps différent, une temporalité marginale, celle du sujet pris dans une dimension de quasi-immortalité (fragment n° 5) et que pourtant, tout tire vers la mort, à un corps malade de son objet, à une maltraitance du corps souvent mise en avant pour masquer la dimension psychique de la douleur (fragment n° 2), à des deuils inélaborés et jusque-là, inélaborables (fragment n° 4), à des passages à l'acte (fragment n° 4), enfin à des mouvements transférentiels emprunts de haine et de violence (fragment n° 3).

La condition de la rencontre réside dans la capacité psychique et contre-transférentielle du clinicien à supporter ces points d'horreur desquels la jouissance s'écoule. Jouissance que figurent les trous dans le corps autour desquels le narcissisme s'organise, un corps inévitablement en manque. Supporter au sens de ne pas y répondre en énonçant un quelconque objectif thérapeutique, voire même une tentative de réduire les risques encourus, pas plus que d'orienter un patient par trop accroché à sa situation médicale ou sociale ou encore, nous l'avons vu, d'être sous emprise au nom de ce que le patient éprouve comme une urgence ou un danger. Ni méfiant, ni apeuré, ni complaisant, le clinicien interrompt le déroulement des clichés et des stéréotypes dont le toxicomane « sait notre savoir » et accueille le symptôme, c'est-à-dire reste à l'écoute au-delà d'un discours général, de la singularité du sujet, sans espérer le réparer.

Dans cet espace ainsi délimité, une demande construite sur des modalités autres que le besoin d'objet pourra germer. Pour le dire encore autrement, on peut espérer que ces fragments d'entretiens montrent comment le clinicien

mène le patient d'une plainte « hors sujet », une plainte *sur* l'objet, la drogue, remède à tout et cause de tout, à une plainte *du* sujet.

En toile de fond, le prétexte à la rencontre demeure la demande d'un produit magique : tout nous indique aujourd'hui qu'un écart se produit à la faveur de la substitution qui inaugure un remaniement dans ce qu'il en est de l'objet pour le patient. La logique propre à l'acte clinique consiste à se loger dans cet espace sans oublier que le corps/objet est d'accord pour être soumis à la jouissance, et que nombreux seront les obstacles et longue sera la route qui mène à son sacrifice sur l'autel du désir.

L'actualité de la rencontre avec le sujet toxicomane ne peut contourner les questions relatives aux produits de substitution¹. Ces derniers, en effet, participent des processus psychiques à l'œuvre lors du suivi psychothérapeutique. Et ce, du point de vue de la relation à l'objet réel qu'ils recouvrent, et surtout sous l'angle des enjeux qui sous-tendent ce nouveau rapport aux produits lorsque ces produits se dénomment « produits de soin ».

C'est une des questions auxquelles nous renvoie l'entretien avec les sujets toxicomanes.

Le deuxième aspect qu'a mis en lumière l'entretien dont nous avons rendu compte a trait à la question de l'« urgence », à la question de l'angoisse, plus exactement de ce que le sujet énonce qui pourrait, à défaut d'être analysé, nous engager dans l'urgence, voire dans le passage à l'acte. En effet, lorsque le sujet toxicomane décide d'arrêter de prendre de la drogue, ce qui est présenté comme une décision ne se discute pas, ne s'interroge pas (« *je veux arrêter, tout, tout de suite* ») ; la dimension du temps, déjà très impliquée sur un mode « pervers » dans le parcours toxicomane lui-même, fait ici sa réapparition sur un mode auquel le rapport au monde du sujet toxicomane nous avait habitué : celui de l'immédiateté, c'est-à-dire de l'absence d'écart, de *transition* pourrait-on dire, quasiment au sens winnicottien du terme : on se « sépare » tout de suite, sans espace, ni objet reflétant cet espace, pour aider à supporter l'angoisse, on croit pouvoir perdre (l'objet) sans que cela fasse « horreur ». Ce raccourci, la clinique en témoigne quotidiennement, est voué, sinon à ce que l'on pourrait appeler de façon un peu rapide « l'échec », mais certainement à la rechute, vécue *comme* un échec, le sujet ne percevant pas que l'arrêt, même temporaire, du produit, engendre nécessairement une transformation de son rapport au réel, réel au sens lacanien, ce registre de l'impossible où tout demeure inamovible, c'est-à-dire de sa position subjective.

Le troisième point que souligne cet entretien, et de façon plus générale, le suivi clinique du sujet toxicomane, relève de la transformation du rapport au monde, au « réel » pourrait-on dire, ce qui, quoi que l'on fasse ou dise,

1. Méthadone, produit de substitution aux opiacés, Subutex®, buprémorphine à haut dosage.

revient toujours à la même place, et à la réalité, celle qui filtre l'être au monde du sujet, la réalité psychique de ce dernier, qu'entraîne ou qui entraîne le changement de rapport au produit : en termes de vie quotidienne, sociale et affective, en termes d'image du corps et de schéma corporel, en termes relationnels enfin, tous domaines confondus. « Réel » et réalité recouvrent ici la spécificité de l'objet « drogue » qui condense à lui seul les dimensions du besoin, du désir et de la demande.

Quatrième dimension : celle de la revendication de l'accès à la « normalité » ; lorsque le besoin/désir de produit est énoncé comme ayant perdu de son actualité, le sujet souhaite se fondre dans ce qui lui apparaît relever d'une normalité qui s'oppose à la marginalité que la toxicomanie suppose : il veut un logement, un travail, un conjoint. Là encore, la clinique nous engage à éclaircir et à analyser les enjeux de la demande afin d'en déplacer les termes, l'expérience témoignant de l'impossibilité pour le sujet de tenir sur ce qu'il nous présente comme relevant de certitudes nécessaires. Les travailleurs sociaux sont bien au fait de ces sujets qui « disparaissent » (ou bien, paradoxalement apparaissent dans leur dimension de vérité ?) alors même que les objectifs concrets sont atteints : le sujet arrivera sous toxiques le jour de l'entrée dans un appartement, oubliera de se réveiller pour se présenter à un entretien professionnel, etc.

Un cinquième aspect concerne un point particulier que l'entretien présenté n'a vu s'esquisser qu'en fin de séance dans des propos rapportés par le sujet sur un membre de son entourage : la personnalité du sujet toxicomane, quelle que soit la structure psychique au sein de laquelle un certain rapport aux produits s'inscrit, est, d'un point de vue narcissique, extrêmement fragile ; il est aujourd'hui fréquent, et c'est cette fréquence qui nous conduit à en interroger les surdéterminations psychiques, qu'une fois un certain nombre de dimensions afférentes à la toxicomanie analysées, le sujet, s'engageant dans un parcours de vie moins symptomatique, voit la maladie somatique (en général dans le domaine infectieux grave) se réactiver brutalement jusqu'à parfois anéantir, au mieux les améliorations du sujet (perte d'emploi, ruptures...), au pire le sujet lui-même (décès).

Le dernier point étudié ici a eu trait à la question du transfert et du contre-transfert. Ce fil logique des entretiens psychothérapiques connaît là un traitement particulier : avant d'en décliner les modalités diverses, soulignons au moins que cette « hainamoration », néologisme lacanien qui dit combien la haine s'intrique à l'amour, positionne le clinicien en position maternelle très primaire : de lui, qui peut *tout*, doit advenir *tout*. Au clinicien il est demandé, (certes enfin une demande !), il est exigé *tout*. Bien sûr, la position clinique nous suppose la détention de l'objet désiré : la difficulté se loge alors dans la nécessité de demeurer animé d'un « intérêt impersonnel » (comme le dit Freud, et non pas d'une « neutralité »), alors même que l'objet (cause) de désir recouvre un objet s'avérant manquant dans le réel du corps, c'est-à-dire

une sorte d'objet de besoin, et que les produits de substitution nous donnent aujourd'hui l'illusion de pouvoir nommer.

C'est la particularité des sujets toxicomanes que de mettre à l'épreuve le clinicien quant à ses repères, sa pratique, sa théorie, sa propre personne.

Le moment clinique ne l'a pas explicitement illustré ici, mais il arrive même en effet que le clinicien soit mis en demeure d'intervenir dans la réalité, la frontière entre l'« urgence » énoncée et le danger réel devenant trop ténue.

Cette précision est nécessaire pour souligner que la rencontre va d'emblée s'inscrire dans un moment particulier de la subjectivité du patient : celui d'une faille dans cette sorte de certitude que met en acte le toxicomane et qui pourrait se résumer sous les termes suivants : il n'y a qu'une chose qui vaille la peine que l'on déploie un rapport au monde et toutes les conduites qui en découlent (sociales, économiques, etc.) : il s'agit alors de faire taire le sujet, de faire mourir le sujet, en soi. Le sujet ici est celui qui, s'il ne jouit pas absolument, c'est-à-dire dans une dépendance corporelle absolue à l'objet (drogue), pourrait se mettre à parler, à dire que ça souffre. C'est exactement là, dans un risque moindre (l'usage de drogues) à celui qui consisterait à se confronter à soi-même, dans ce dire impossible, que se joue la toxicomanie ; et, par conséquent, à ce point d'éventuelle ouverture, que se jouera la rencontre clinique, voire thérapeutique.

Il semble qu'au moment où les sujets viennent s'adresser dans ce lieu où il est question d'un produit à la place d'un autre, il est question d'un « déplacement » subjectif qui, si minime soit-il, s'avérera être le point de départ d'une possible élaboration. Il nous faut faire le pari de ce point de subjectivation.

À partir de ces éléments succincts, on comprend peut-être mieux pourquoi c'est le terme de *rencontre* qui est associé ici à celui d'entretien, comme un temps en amont, *sorte d'espace intermédiaire entre un lien qui se noue et un travail psychique qui va s'opérer*. Le clinicien doit être prêt à saisir ce point millimétrique dans le temps comme dans l'espace, d'ouverture à une question, ce temps où le sujet entre-voit que peut-être il ne détient pas toute la réponse à l'énigme du désir, que celle-ci ne recouvre pas finalement la consommation pure et simple d'un objet dans une compulsion de répétition mortelle, forcément mortelle, mais que ce qui est exigé peut prendre les contours d'un objet d'amour. C'est cet « instant de voir » qui précède le « temps pour comprendre » et « le moment de conclure », cette logique temporelle subjective singulière (Lacan, 1966). Se représenter un déplacement dans la consommation (de l'héroïne à la méthadone), même si le comportement ne suit pas, ou suit partiellement, (consommations illicites annexes), introduit une rupture psychique dans cette compulsion agie et témoigne d'une redistribution des pulsions (l'empire de la pulsion de mort

qui vacillerait), redistribution de bon augure si l'on vise à une modification de position subjective.

Saisir ce point consiste à nouer le contact : cela suppose de considérer que la demande d'un produit de substitution, toute demande d'objet réel soit-elle, n'en demeure pas moins une demande et que « répondre » à cet endroit équivaut à donner à « cette » demande (en réalité à l'autre demande qu'elle recouvre) une consistance, un crédit, une valeur.

C'est pourquoi on ne sera pas surpris de voir le clinicien encourager la démarche du patient lorsqu'il vient raconter qu'il a entrepris un traitement de substitution, y compris lorsqu'il jure, pensant s'inscrire là dans notre désir, que depuis, « il a tout arrêté ». Tel est l'enjeu croit-il. Laissons s'amorcer, dans cette supposition, le transfert. Cliniquement, le discours qui soutient cette promesse tend vers un idéal, témoignant par là que la partie n'est pas gagnée, que le patient n'en a pas fini avec l'Idéal et qu'il faudra, côté clinicien, l'accepter encore un temps comme toile de fond à la parole énoncée. Pour autant doit-il se garder d'y viser lui aussi, c'est-à-dire se garder de refléter, tel un miroir, un vœu auquel il souhaiterait que le patient s'identifie : le sevrage à terme par exemple.

Le sujet toxicomane vient poser cette demande de soins lorsque plus rien ne se passe dans sa vie, et non pas, paradoxalement, quand un événement (réel ou imaginaire) est repéré comme déclencheur. Pourtant ce qui est souvent énoncé se situe autour d'annonces : maladie, placement d'enfants, rupture sentimentale, menace d'incarcération... En fait, il nous semble que c'est lorsque le produit ne fait plus solution et laisse place au vide, que la bascule a lieu : solution identitaire, « je suis toxicomane », relationnelle, le produit fait lien, y compris lien social, compromis vis-à-vis de la réalité...

Nous avons à considérer que l'événement n'est pas celui que le sujet repère à l'extérieur, mais bien qu'il ne se drogue plus ou, en tout cas, plus exactement de la même façon. L'événement, c'est l'arrêt de la drogue. La rencontre est possible parce que le sujet s'engageant dans une démarche de soins qui repose sur le produit de substitution signe que son rapport au monde ne s'inscrit déjà plus de façon exclusivement toxico-maniaque. À cette condition peut s'envisager une certaine élaboration.

Face au patient, la rencontre n'est pas gagnée : il faut au clinicien déjouer quelques obstacles, en l'occurrence ceux qui ont trait au réel du danger associé aujourd'hui à la prise de toxiques (overdoses, Sida, hépatites, prison...) et qui poussent à « soutenir » le sujet. Mais ce n'est pas si simple. En effet, il ne suffit pas ici de suivre la « règle » de non-réponse à la demande car nous risquons alors d'empêcher que cette dernière s'étoffe. Il n'est pas question, à l'inverse d'y accéder. Il est par contre impératif de se souvenir de la fragilité narcissique extrême qui (dé)structure le sujet en proie aux toxiques et de commencer peut-être par étayer ce que le sujet entrevoit et qui, au nom de ce narcissisme démesurément fragile, le terrifie : comment peut-on vivre sans

drogue ? Comment peut-on être un sujet de désir lorsqu'on a (toujours) été un « esclave de jouissance » (Lacan, 1966) ? Ce que le toxicomane met à l'œuvre, c'est son moi, un moi qu'il exige fort : ainsi peut-il raconter inlassablement ses exploits d(e) héro(inomane). On peut supposer que cette « puissance » sera le support de son déplacement subjectif, de la transformation de son rapport au réel. Ainsi, plutôt que de croire en l'abstinence, faisons le pari d'un sujet qui pour l'instant ne peut se soutenir que dans une aliénation au produit. Être « *addicted* », c'est-à-dire passionné par le toxique est le lieu même du sujet, ce lieu où, c'est l'effet même de la drogue qui lui permet d'éviter l'angoisse associée à toute jouissance. C'est ce qui l'amène à se considérer dans un état normal lorsqu'il est sous l'emprise de la drogue, et, paradoxalement dans un état second lorsqu'il manque de produit. C'est même ainsi que l'entourage le perçoit.

Au clinicien de s'arrêter sur ce que révèle le manque : lorsque le sujet décrit cet état, c'est d'un point d'horreur dont il est question. Chaque organe souffre et la douleur évoquée est attachée à chaque morceau du corps comme si celui-ci se morcelait, laissant le patient en proie à un « véritable » moment psychotique. Là, de façon logique, nous entendons comment la jouissance recouvre chacun de ces morceaux, comme elle-même éparpillée : l'angoisse de la jouissance s'éprouve à cet endroit et reprendre de la drogue vise alors à contourner cette angoisse. Ainsi, si se droguer c'est jouir, se droguer sert aussi à ne pas jouir. L'entretien a visé à mettre en lumière ce paradoxe qui enferme le sujet dans un mouvement perpétuel (pulsion de mort), pour être (pulsion érotique). Autrement dit, la solution toxicomaniaque consiste à être castré, certes, (nous ne sommes pas dans la psychose), mais à éviter d'être castré.

Aussi, si le corps est le point de mire de la toxicomanie, avec, pour bénéfice secondaire, l'effacement de la subjectivité, c'est bien dans cet interstice, entre la drogue et le manque, que le sujet peut émerger : ce temps, nous pouvons supposer qu'il recouvre ce déplacement infime que nous évoquions avec la substitution. Le produit dit « de soins » se loge dans cet écart. C'est pourquoi il nous semble que c'est un temps propice à la rencontre : ce moment où le sujet et l'objet ne sont plus tout à fait confondus et où, dans cette coupure, une parole peut s'énoncer, que le clinicien sera là pour entendre et saisir au vol, sachant, en effet, que la faille est si mince, qu'il suffit d'un rien pour qu'elle se referme.

Enfin, une étape va suivre l'étayage proposé au patient. Cet étayage, rappelons-le, repose sur l'encouragement du clinicien signifié en écho à la démarche de soins entreprise par le patient. C'est ce moment où le sujet a encore besoin de son moi fort pour supporter de s'être engagé dans cette démarche dont il soupçonne, inconsciemment, qu'elle sera à l'origine de bouleversements retentissants. C'est aussi ce moment où le clinicien est d'accord pour imaginer le réel de la drogue. L'étape qui suit, donc, ce moment à double dimension, est ce temps dévolu au sujet pour comprendre

que le champ du désir où risque de le mener sa démarche est un champ concerné par la perte. Cette perte va venir rompre l'illusion qu'un objet l'aurait comblé : c'est le temps symbolique où le sujet n'est plus seul à jouir quand il veut et comme il veut, mais mis en demeure de désirer, dans un lien à l'autre. Cette altérité va, d'une part, lui confirmer sa division parce que, lorsque l'on se parle, on ne s'entend pas, et, d'autre part, lui rappeler qu'il est difficile de vivre et que le corps ne saurait jamais être en paix, sauf à avoir atteint le « nirvana », c'est-à-dire à être mort.

BIBLIOGRAPHIE

FREUD S. (1929). *Malaise dans la culture*, Paris, PUF, 4^e édition, 2000.

LACAN J. (1966). « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », *Écrits*, Paris, Le Seuil.

Chapitre 4

L'ENTRETIEN CLINIQUE EN AGRESSOLOGIE

1 CONTEXTE

La criminologie en sciences humaines, dans ses dimensions éthiques, scientifiques et professionnelles porte ses efforts d'investigation dans deux champs, l'agressologie, par exemple le fait pour un sujet donné d'avoir usé de la destruction d'un tiers ou de ses appartenances pour tenter de trouver une issue à des questions existentielles, pulsionnelles, et la victimologie qui plus tardivement s'est particulièrement intéressée aux effets au long cours d'agressions subies.

Le domaine spécifique d'étude de l'agressologie tient sans aucun doute son origine de l'invention de l'expertise et des grandes lois de 1810, de celles qui suivront et qui ont contribué à élaborer des protocoles à la fois d'expertises et de guidance psychologique, *des missions et des mandats* bien au-delà d'un simple examen psychologique ou d'un simple suivi médico-psychologique. Le spécialiste dans ce contexte a toujours à faire avec la responsabilité, la vie et la mort du sujet ou de ses partenaires habituels ou occasionnels.

Avec l'une ou l'autre de ses orientations, agressologique ou victimologique, le psychologue clinicien contemporain, psychocriminologue, est au carrefour d'investigations ayant des effets en *grandeur institutionnelle* sur la personne et les situations à un moment où l'on assiste au recul de l'intime conviction et de la religion de l'aveu pour une rationalité de la preuve et de ses attestations. Il n'existe pas de métiers d'experts psy. À l'heure où se discute avec autant de passions et de malentendus ou de lobbyings la question de la légalité et de la légitimité de l'exercice thérapeutique, il serait bon que se pose avec une même inquiétude, tout à la fois légale et légitime, celle de la formation et de la compétence des experts, et au-delà, des spécialistes psy (psychologues, psychiatres, thérapeutes ou analystes) en prise avec le suivi de ceux qui ont subi/agi des agressions, des violences ponctuelles ou répétées.

Il est temps de questionner le principe d'une formation générale clinique pour en actualiser l'éthique et la méthodologie dans les trois axes qui caractérisent l'entretien en mission pénale centrée sur des personnes mises en examen : *l'écoute, l'évaluation, l'expertise*. En ce sens nous pouvons parler d'entretiens focaux et sous transfert, dont le dépliement emprunte une temporalité centrée sur des événements de rupture et sur le retentissement ou l'impact de ces mêmes événements. Il conviendrait de désigner ces auto-analyses assistées comme étant des modes théoriques mythologiques par lesquels chacun crée du sens en cherchant à expliquer et à s'expliquer, dans une situation générale de soupçon qui caractérise toute interpellation de *par la loi* et ses agents et qui pousse à de constantes dénégations. Au mieux comme des « constructions psychiques là où la violence se manifeste par son seul effet pulsionnel pouvant aller jusqu'au meurtre ou l'écrasement de l'autre » selon les propos de C. Balier (2005), rompant ainsi « avec l'effet de clivage qui ne permet pas à l'objet externe d'être transformé en objet interne ». « Effet pulsionnel, effet leurre dans bien des cas, le pulsionnel n'est présent dans le dit de l'observateur que par défaut d'analyse. » La violence, dit-il encore, est pré pulsionnelle, c'est dans le regard de l'autre qui s'hallucine que le recours à l'acte prend sa raison d'être.

Écouter en expertise c'est devenir sensible à la scansion des événements d'histoire personnelle à partir d'une mission qui en donne un cadre plus ou moins strict et que l'on peut inventorier. C'est une évaluation dont la référence se construit tout autant sur l'analyse des processus, des étapes existentielles que des structures psychopathologiques éventuelles. C'est un examen qui requiert de répondre à certaines questions dont la forme n'est pas neutre, sans omettre de considérer les effets de l'écriture chez le lecteur et plus loin à l'oral ou dans les commentaires qu'en feront plus tardivement d'autres psychologues et les interlocuteurs de justice. Cette approche et les commentaires qui en sont faits ont une vie longue ce qui n'était guère en jeu dans le temps où la présence psy était quasi nulle. C'est-à-dire il y a peu de temps !

Quatre questionnements sont poursuivis dans ce texte qui prend comme exemple une situation qui se banalise dans l'opinion et n'offre plus ainsi un caractère spectaculaire qui pourrait venir faire obstacle à l'analyse :

- 1) repérer le cadre spatio-judiciaire d'une consultation expertale en maison d'arrêt avec ce que cela suscite tout autant chez l'intervenant que chez la personne en question ;
- 2) définir des moments clés d'une consultation expertale, leur permanence dans les entretiens psychologiques hors mission ; mettre en perspectives les techniques que se sont données les experts en montrant rapidement comment ils sont passés de dispositifs *tout prêts* d'études de la personnalité à la création d'appareillages d'observations de plus en plus centrés sur une référence psychocriminologique, le contexte dans lequel se trouve enchâssée la position agressive, l'histoire de l'agression et de ses retentissements. Il y a

un statut clinique de la médiation en évaluation expertale qui ne peut se restreindre à une écoute thérapeutique ou encore développementale ;

- 3) montrer comment se repèrent, méthodologiquement d'abord, sur un plan expressif ensuite, les mouvements psychiques et les modes défensifs, auto-défensifs, hétéro-défensifs, qui parcourent les récits qu'une personne mise en examen est sommée de faire sur elle-même à partir d'un point qui fait axe : l'événement qui a précipité la qualification pénale et ce qu'il remémore, et faire apparaître les chaînes de sens et leurs corrections en tenant compte des références psychopathologiques et axiomatiques ;
- 4) repérer comment les mouvements psychiques chez le psychologue sont liés à ce qu'il sait *a priori* de situations semblables et servent de clés d'exploration.

Une écoute expertale est toujours appareillée dans la mesure où elle s'inscrit dans le cadre d'une mission aux questions précises : que cet appareil soit un protocole qui utilise implicitement une série projective de dimensions psychiques et sociales ou un dispositif manifeste, tests questionnaires ou épreuves projectives. Notre exemple ne fera référence qu'à un protocole implicite dont on retrouve les dimensions dans les stratégies systématisées dans les protocoles de A. Ciavaldini et C. Balier pour l'ARTAAS¹ ou de B. Gravier² dans sa dernière recherche. Le QICPAAS (questionnaire d'investigation clinique pour auteurs d'agressions sexuelles) est le résultat d'une réunion de cliniciens du soin (psychologues, psychiatres, infirmiers, psychiatres, éducateurs) en milieu carcéral. L'ECL (entretien clinique de Lausanne) réunit des cliniciens du soin dans le domaine de la psycho-criminologie sous la responsabilité du second et se veut en plus un appui à une heuristique thérapeutique, cherchant également à déceler les risques de réitération morbide et ou de récurrence délictueuse. Ces deux questionnaires ont en commun d'avoir été élaborés sur un constat : la difficulté des patients à historiciser (récapituler, raconter les événements délictueux et leur propre histoire). La visée reste la même : rendre possible une appropriation manquée, que ce soit par manque d'empathie (distance à l'autre et à soi-même, version cognitiviste) ou par déni (incapacité à poser l'autre comme existant, version psychanalytique). Mais alors que dans une position inductiviste-investigatrice (la question suppose un type de réponse) l'intervenant s'impose dans une guidance psychopédagogique, dans la position d'induction investigatrice (une question ne suppose qu'une mise en rapport) l'intervenant propose son propre questionnement sur ce qu'il a entendu comme

-
1. A. Ciavaldini, C. Balier, (1999). Psychopathologie des agresseurs sexuels, Paris, Masson (2000). Agressions sexuelles, pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire (2003). Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire, Paris, In Press. C. Balier (1996). Psychanalyse des comportements sexuels violents, Paris, PUF.
 2. B. Gravier, Professeur de psychiatrie, université de Lausanne, Suisse.

surface interprétable dans une guidance projective (Villerbu et Pignol, 2006). Ce qui se repère alors dans ce dernier cas est la récurrence et la proportionnalité d'un mode de réponse (et non plus le recensement et le pourcentage). Le questionnaire, en lui-même, n'offre pas d'emblée de réponses mais est prétexte et médiateur d'une mise en état manifeste permettant de concevoir, d'expliquer par les mises en scène et les mises en drame (description-récit) comment une personne s'institue : se donne de la forme et de la représentation conflictuelle, de la représentation et de l'absence.

2 LES ENTRETIENS

- Les entretiens concernent un homme que nous nommerons Louis, d'une cinquantaine d'années, mis en examen pour agression sexuelle et viol sur sa belle-fille de 13 ans. Celle-ci a dit que les faits se sont passés quand elle avait entre 11 et 12 ans. Et qu'auparavant il avait eu sur elle des attouchements, dans sa chambre, quand sa mère était couchée. Selon ses dires, il ne parlait pas, il lui avait imposé des fellations. Elle a décrit des pénétrations vaginales et anales. Il dira n'avoir fait que semblant. Il admet avoir éjaculé en sa présence. Il reconnaît par contre avoir mis un doigt dans le vagin sans aucune pénétration pénienne, vaginale ou anale ; pour reprendre son expression, « *il restait au bord* ». Au cours des auditions, pressé de s'expliquer, il évoque des pulsions et juge ses comportements, devant les policiers, comme « n'étant pas bien ». Les résultats médicaux ne montrent aucune lésion de l'hymen.
- De nombreuses fois au cours des entretiens, la gestualité viendra remplacer ou consolider une oralité difficile, bien au-delà des situations sexuelles restituées. Il est dans son habitus de mimer, jouer en grandeur nature des déplacements et des positions. Quand il parle sexe et masturbation, il montre son bas-ventre.
- Souvent la parole, dans son débit, est précipitée, comme si beaucoup de choses voulaient être dites en même temps. Il rend compte de détails, détail sur détail qui amènent à penser que le fil conducteur se brouille, ce qui ne lui arrive pas. La chronologie est bousculée, il fonctionne par association de descriptions en devenant plus que précis, c'est-à-dire presque obscur à force de précisions contextuelles. Les faits disparaissent et les éléments contextuels se multiplient.
- Il s'agit d'un ensemble d'entretiens en plusieurs temps et réalisés par deux des signataires de l'article, signataires au statut différent. Le temps 1, appelé ici « Examen 1 », est réalisé selon le protocole bioscopique mis au point à l'ICSH. Un tel protocole implique que le sujet puisse suivre visuellement¹, sur une ligne tracée devant lui, les différentes étapes de

son trajet existentiel en notant tout particulièrement tout ce qui est du registre des séparations, ruptures de vie, accidents, modifications de façon à constituer les éléments d'une analyse séquentielle et à situer les moments émergents dans une psychodynamique des émergences criminelles. La procédure lui est décrite. Un génogramme (Villerbu, 2006) est systématiquement inclus dans cette auto-révélation historique, donnant lieu à une même représentation visuelle. Le travail se lira en deux colonnes d'interventions et d'interprétations afin de donner à voir les mouvements psychiques qui ont été objet d'analyse.

L'examen 1

Présentation : les dits et faits de Louis

Il arrive en pleurs dans la salle qui sert à l'examen. Voûté, le regard sur le sol. Je me présente et je lui dis pourquoi je suis avec lui ce matin. J'explique les termes et les fins de la mission donnée par le juge. Une lettre avait prévenu la maison d'arrêt de ce rendez-vous.

La communication ne lui a pas été faite. Psychologue. — Votre magistrat, celui qui suit votre affaire judiciaire, m'a demandé de vous rencontrer pour un examen de votre situation psychologique. Comment vous vous situez dans ce qui vous arrive, pourquoi vous êtes incarcéré, ce que vous en pensez. Il m'a transmis votre dossier. Nous allons parler de vous, de votre histoire d'abord, de vous-même, ensuite des faits qui ont motivé votre incarcération. Je vais vous poser beaucoup de questions, si vous ne pouvez ou ne voulez pas répondre, vous en avez le droit. Je vais écrire beaucoup.

Cadre éthique et déontologique : interventions et commentaires



1. Le fait de pouvoir visualiser un parcours de vie dans une chronologie est supposé venir pallier aux tensions soulevées par l'histoire en train de se dire et offre la possibilité d'un étayage pour une population psychopathologique dont on a fait l'hypothèse que le rapport spéculaire à soi est une dimension défensive fondamentale.



Ce que je pense de votre situation psychologique sera envoyé ensuite au magistrat et vous en aurez connaissance avec votre avocat.

Pouvons-nous commencer ?

Louis. — *Oui, j'ai rencontré un psychologue il y a quinze jours, et le psychiatre. Je n'ai pas de traitement, je préfère me coucher tard vers les minuit, comme ça je me réveille à 5 heures.*

— Vous avez des activités pendant la journée ?

— *Non, je lis, je regarde la télé, je lis le journal et je fais les mots masqués... j'étais sportif avant, un footeux, comme toute la famille, comme mon père, mon frère et mes trois neveux.*

— Vous voulez me parler de votre famille, de vos parents ?

— *Ma mère a 77 ans, elle vit seule et mon père est mort il y a trois ans de maladie, des polypes et un cancer. Il aurait eu 81 ans au mois de septembre de cette année, il était maçon à son compte, il avait fait plusieurs trucs, chauffeur-livreur et ma mère était aide ménagère. Ses parents étaient fermiers comme ses parents et ses grands-parents.*

— Et vous avez des frères et sœurs ?

— *On est trois garçons et une fille. Mes frères sont mariés et ma sœur vit en concubinage, j'ai 7 neveux. L'aîné a 56 ans il est représentant, après c'est moi et après ma sœur, elle a 49 ans elle est architectrice (!) décoratrice et le dernier est représentant.*

— Et comment était l'ambiance à la maison ?

— *Bien, très bien, des disputes mais sans lendemain, des passages...*

— Et entre vos parents ?

— *Très bien, pas de problème, pas d'alcool dans la famille.*

L. pose un contexte de soin et de rapport santé/maladie ; sa façon d'aménager un temps régulant ce qui peut faire problème. Il a des problèmes, il a des solutions, seul. Il n'a pas de demandes ? C'est une situation de semblance qui sert de point d'accrochage. Un familier.

Être seul, faire seul ne sont pas identifiés à des temps d'activité. Une référence au lien familial est mise en place. Opposition activités intellectuelles-activités physiques.

Le but : proposer un cadre, ici le contexte familial pour mettre en perspective et en histoire les différents récits sur lui-même qui vont être demandés, en prenant appui sur le lien spontanément présent. Le récit minimal sur le père contient sa mort, celui de sa mère enchaîne sur un début de généalogie.

Il manque un garçon ! Le dernier enfant ; la fonction sociale est spontanée, également des éléments de filiation de seconde génération. Toujours du lien.

Donc rien qui puisse durer, mais c'est aussi une façon de me dire de ne rien chercher de ce côté. Le lien fraternel est celui qui est d'emblée compris et associé à la question précédente. Pourquoi alors un frère oublié ?

Rien non plus à voir de ce côté ! Et pourquoi pas d'alcool ? Quelle est la question anticipée ? Pourquoi alors, mentionner l'alcool ?





— Il y a eu des maladies ?

— *C'était moi le plus malade, je manquais assez souvent l'école à cause de sinusite, j'ai été soigné avec des pointes de feu, j'ai été opéré des amygdales, j'ai eu le bras cassé à 12 ans, en vélo devant la maison, trois mois dans le plâtre parce que les os ne se recolaient pas, et puis la rééducation, un masseur, j'ai perdu une année...*

— Et vous avez connu vos grands-parents ?

— *Les parents de ma mère oui, sa mère était ma marraine, c'était une famille nombreuse, elle avait quatre sœurs, toujours en vie et un frère mort de leucémie... les parents de mon père, mon grand-père est mort quand mon père avait trois ans, accidentellement et ma grand-mère est morte elle a fait une chute en rangeant le foin dans le grenier, mon père a perdu deux frères avant qu'il décède, il avait quatre frères et deux sœurs.*

— Vous disiez que vous aviez perdu une année de scolarité ?

— *J'ai redoublé plusieurs classes, j'avais des difficultés à l'école, je ne sais pas pourquoi, ma mère pourrait vous dire, la maladie peut être... J'ai arrêté à 16 ans et j'ai pris un métier dans le bâtiment, revêtement sols et murs comme apprenti et la deuxième année l'entreprise a fait faillite, j'ai été licencié... actuellement je travaille dans une usine, j'ai juste été un mois et demi sans emploi c'était en 1972, c'est grâce à mon père que j'ai trouvé ça, je suis là depuis 33 ans.*

Ici il peut se mettre en récit ; une scène victimale et préjudicielle. Seul de tous les enfants. Il avait parlé de son père, décédé, il parle de lui sur le plan somatique. Quelle association ?

Retour au champ généalogique, son dernier propos y incite. Les morts abondent, notamment les hommes. Quelle serait la place de cette grand-mère ? Cette généalogie ressemble à un inventaire des pertes et des séparations. La multiplication vient au lieu de quoi ? À quoi fait-elle écran ?

L'association se fait sur la perte. Que peut-elle dire ? En tous les cas la mère sait, mémoire du lieu, un lieu insistant. Et c'est aussi parce qu'il a « perdu », qu'il a cessé sa scolarité (à la différence de la fratrie mentionnée). C'est son père qui est présenté comme l'intégrant professionnellement. Je note qu'il est tout d'un coup gêné de parler du travail, il fait part de ses différentes activités, il aurait fait de tout avant d'être stabilisé sur un poste d'abord de nuit et depuis 7 ans, la journée. Il a de la difficulté à décrire ses activités, à préciser. Il a été conducteur, cariste et maintenant il est manutentionnaire. Il ne dit pas pourquoi ; il se montre fier de ses responsabilités : il veille à la bonne qualité, il est chargé de retirer des palettes toute production non conforme. Son activité s'incarne dans le bon produit fini. Il a le dernier geste, sinon le dernier mot.





— Et vous avez des activités en dehors du travail ?

— *En dehors du bricolage, ces temps-ci pas grand-chose, les haies, les arbustes qu'autrement, les voisins... ça dépasse un peu chez moi, il y a 1 500 m², que de la pelouse et des arbres... et puis des promenades un peu.*

— Et si nous parlions maintenant de vos relations sentimentales ?

— *On a vécu deux ans en concubinage, on s'est marié il y a 5 ans, elle a 44 ans, on s'est connu en boîte de nuit en discothèque, on se connaissait un peu avant par rapport à une copine, un vendredi, le 3 octobre, on a terminé la fermeture des bars à une heure... on avait consommé un peu, des demis, de la bière... j'avais vu deux filles sans prêter attention que je les connaissais et quand je suis passé il y en a une qui m'a invité... j'étais encore chez les parents... et arrivé là, j'ai été invité par sa sœur à danser un slow et je prends mon épouse par la main et voilà on est ensemble...*

— Oui, alors votre épouse avait 44 ans quand vous l'avez connue.

— *Parce que son deuxième mari avait divorcé et pour noyer un peu son chagrin... des copines à ma femme étaient aussi en instance de divorce, elles allaient au bal... je suis son troisième mari, j'ai connu les deux premiers... le premier mari buvait beaucoup, heureusement moi je ne buvais pas, moi je pouvais conduire, lui il buvait une bouteille de whisky en deux jours, elle a demandé le divorce... et son deuxième il est parti parce qu'elle était malade, épileptique, des grandes crises quelques fois je suis obligé de l'amener à l'hôpital, elle tombe. Moi dans les tâches ménagères je l'aidais beaucoup, son deuxième elle pouvait plus le supporter, le premier lui a cassé un service sur la tête, une pile, à cause de ça elle fait des crises et le deuxième*

Ma question « et en dehors du temps socioprofessionnel, qu'existe-il ? » renvoie à un espace domestique, de voisinage dont il faut quelque peu se protéger, un temps sans relations amicales. Des frontières. À ce sujet, sa mère est sans frontière : elle sait tout.

Que met-il en relation ? Sur le plan défensif un versant autarcique manifeste, et encore ?

La réponse me surprend, il se précipite dans un espace domestique et conjugal dont il me donne l'histoire ; il explique comment ils se sont rencontrés, de manière opératoire, il ne rend compte d'aucun sentiment. Et cela s'est passé quasiment à son insu, sans intention ou volonté. Il n'y serait pour rien ?

Mon souci est de prendre un repère dans le temps ; sa réponse m'a immergé dans une chronologie où je ne me retrouve pas. Au moment même où nous parlons affects et sentiments, il se lance dans une relation établie. Il fait part de son état conjugal en opposition à l'état conjugal précédent de son épouse. Et là il est narcissiquement valorisé, à la différence des autres hommes de son épouse. Un sauveur. Il a éliminé toute dimension agressive pour lui-même. Le mode victimal est maintenant celui de son épouse. Des rôles interchangeables dans une relation duelle ? Identification ? Fusion ? Alternance ? Toujours de la multiplication, de l'inventaire. Quel rôle lui donne-t-il, quelle fonction subjective ?





c'est à cause des crises... elle prend un traitement (qu'il cite exactement)... on a voulu l'opérer mais ça a raté, elle a failli être paralysée... elle a une autre opération, l'appendicite et la totale parce qu'elle se plaignait beaucoup... on a voulu un gosse de moi mais quand on a vu son état, plusieurs médecins spécialistes... elle se plaît à deux... (Silence.)

— Et le caractère de votre femme ?

— *Dans ses crises elle pouvait être violente, beaucoup...*

— Et avant elle, vous aviez des amies ?

— *D'autres filles c'était que des passages, le plus long 13 mois et on se voyait rien que le week-end, à cette époque j'étais un peu jaloux, peut-être qu'elle avait peur, elle a pas supporté... je suis toujours un peu jaloux mais pas autant, elle était plus jeune aussi, le même âge que ma sœur et d'autres, oh ça a duré un ou quatre mois et cassé aussi parce que j'étais jaloux et les collègues étaient aussi jaloux envers moi parce que je trouvais plus facilement des filles qu'eux... c'est la jalousie d'un autre copain qui a fait la cassure, ils ont empêché qu'on reste ensemble.*

— Et vous vous rappelez la première fois que vous avez eu des rapports sexuels ?

— *C'était à l'école, j'avais peut-être 15 ans, c'est un peu loin, elle était un peu plus jeune, mais peut-être le même âge...*

— Vous disiez que vous étiez jaloux ?

— *Possessif, je surveillais, je me cachais pour surveiller et un jour on avait eu une discussion, j'ai mal réagi, déprimé, toujours à me remettre...*

— Et c'était quand ?

Ainsi la violence n'est pas seulement du côté des hommes de sa femme. Il y a symétrie ? Lui ne s'y tient pas. Aller plus loin dans ce sens, c'est encore lui donner une surface aisée de multiplications. Il parle des autres mais lui-même ?

Retour sur lui-même. Lui en prise sur ses affects et sur ses initiatives. Puisqu'il semble ne pas en avoir. Qu'est-ce qui fait écran ?

Ainsi il y a une histoire cachée et secrète. Des peurs de séparation, de perte quand s'affirme une relation possessive et envieuse. Une attitude projective : il faisait des envieux ? Dans tous les cas, l'échec est imputé à un autre. Il y a une échelle de mesure implicite et narcissique : ce qu'il peut perdre, c'est toujours ce qu'un autre peut lui prendre. Comment peut-il alors se dévoiler à un tiers ? Quelles conditions ?

Ici la référence à un temps mythique, « la première fois », est censée venir scander une étape existentielle, un passage à un mode d'expériences au-delà de la masturbation et du mode opératoire solitaire, une rencontre hors de soi. La réponse va insister une nouvelle fois sur de la semblance, entre « un peu plus » et « même que ». Les éléments même de la rivalité.





— Peut-être vers 1980, entre 1975 et 1980...

— Tout à l'heure vous disiez que vous avez habité chez vos parents jusqu'à 44 ans ?

— J'ai été le seul à rester le plus longtemps, je ne sais pas pourquoi, faut croire qu'à cette époque je me plaisais avec les parents et le père partait toujours sur les chantiers et ma mère était toujours malade, fallait tout le temps être près d'elle pour faire les courses, aller voir le médecin... je pouvais pas m'en aller, elle en a voulu que je parte avec elle, mais le père a consolidé le départ... mais avant je pensais déjà à prendre un appartement en ville et je pensais souvent à voir une agence patrimoniale... des moments j'en avais marre de rester célibataire... je voulais trouver l'âme sœur... j'allais avec des collègues ou des collègues me disaient... des clubs de rencontre, c'était dans mon but de le faire...

— Et dans les rapports sexuels, ça se passait comment pour vous ?

— Pas de problèmes, ça baigne... il y a des moments où elle a pas envie et réciproquement, on gère ça bien tous les deux, on s'aime, elle m'a fait des compliments quand on s'est rencontré et même sa sœur aussi... elle voit que je m'occupe d'elle, pas comme son premier et son deuxième, ses crises il s'en foutait tandis que moi, son fils le dirait... et sa fille...

Dater et faire histoire, donner du cadre, tel est l'objectif de la datation. Recontextualiser pour permettre d'autres expressions. Ce qui n'aura pas lieu.

Recommencer, sur une autre dimension la datation. Dans sa réponse : fils et père se partagent le temps de présence auprès de la mère. Il est délégué de l'absent. Elle était possessive. C'est par le père qu'il a accédé à un mode d'existence extra-familial, hors de la présence de la mère. Il n'était plus en possibilité d'initiatives ; père contre mère d'un côté, groupe de pairs contre possessivité maternelle, incestuosité à mi-mot, son impuissance contre une agence de l'autre. Avec une curieuse expression qui emprunte au père plus qu'à la mère : agence « patri- » au lieu d'agence « matri- » moniale.

Le moment de la plus grande dépossession. Entre maîtrise et perte. Comment aménage-t-il ? Il n'y a rien à voir. Et sa réponse se pose à côté de la question. Ce n'est pas la première fois, mais cela devient plus explicite. Il ne me répond pas en tant qu'homme mais en tant que mère et sauveur, en s'appuyant sur l'opinion de l'environnement. Elle a un fils âgé de 22 ans ; il n'habite pas avec eux, en formation de traiteur après avoir eu une adolescence difficile « *il ne savait pas ce qu'il voulait* ». Le père de ce garçon le poussait dehors au motif « *tu as l'âge, on va pas te nourrir continuellement* ». Et du deuxième mari elle a une fille : celle qui va lui poser des problèmes et pour quoi il est incarcéré.





— Comment ça s'est passé au début avec elle ?

— *Le début je ne saurais pas trop comment vous dire... par des films X, paraît qu'on lui en montrait chez son père et sa mémé, ma femme pourrait vous le dire...*

— Oui, mais pour vous ?

— *Elle était déjà, on la trouvait provocante elle montrait tous ses atouts... elle se promenait toute nue... et quelque fois avant de se mettre à table le soir, on se mettait en pyjama et elle en nuisette et rien en dessous et en montant l'escalier quelquefois elle soulevait sa nuisette et quelquefois elle se dandinait du cul comme on dit et quelquefois en se retournant et elle montrait le devant et même devant des amis à ma femme, déjà ils disaient déjà qu'elle était provocante... on se chauffait au bois et on a trouvé le livreur, il est tout jeune, il était avec sa fille à ma femme alors une fois parti, on a eu une discussion, la fille à ma femme a dit « il est beau celui-là, » ça m'a surpris, « j'irais bien avec lui », elle disait qu'il était pas mal.*

— Psychologue : Pouvons-nous parler de ce pour quoi vous êtes incarcéré ?

— *Il n'y a eu aucune pénétration, je l'affirme, rien que des semblants... (Silence.)*

C'est une même chaîne associative, d'une partenaire à une autre comme il passe de son épouse à ses sœurs. Il n'y a pas d'espace entre ma question et l'incrimination dont il est l'objet ; il entend celle-ci spontanément. Alors que je pensais à son accueil dans la maison de l'épouse, au même titre qu'il avait évoqué le fils. En symétrie à son incrimination, il impute à des tiers une semblance, des initiatives. Rien à voir de son côté ? Toujours le même schéma : sa mère savait pour lui, ici une mère épouse sait encore pour lui. Lui-même ne saurait que par « on dit » ? Sans y être pour quelque chose ?

Il évoque des expériences qui ne lui sont en rien personnelles et subjectives. Il fait part d'un spectacle, il en aurait été le public, au même titre que d'autres. Rien ne serait de lui. L'enfant est persécutrice dans sa posture et sa représentation. Incitatrice, elle engendre des victimes. Il n'est pas avare de détails, il les multiplie en inventaire, il accumule, il se prend les pieds : « il était avec sa fille à ma femme ». La plus grande des distances avec sa belle-fille.

Qu'est-ce qui peut être communiqué ? Sa réponse : rien qui vaille la peine. Il a été dans le semblant, le fac-similé. Rien qui l'engage réellement, l'absent c'est lui, un simple figurant d'une scène. Quand même !





— Et vous aviez des érections ?

— *Oui, c'est elle qui me le mettait, elle le prenait et elle... des va-et-vient et me masturbait et des moments, je ne voulais pas, je résistais... s'il y avait eu pénétration, elle aurait été enceinte or elle est vierge...* (Silence.)

— Et vous vous avez des habitudes pour faire votre toilette ?

— *J'ai pas de poils parce que je me rase le sexe, c'est un beau jour comme ça, j'avais vu ça dans des revues et je me suis dit et pourquoi pas le bas quand je me rasais et tous les mercredis je me rase le visage et le sexe... une fois ma femme m'a grondé, ça faisait pas bien et moi j'ai dit si c'est beau...*

Il répond à côté en choisissant le mode opératoire. Le geste et le mouvement prévalent toujours. Représentation agie spontanément. Question provocatrice : à force de répondre à côté de lui-même, comme s'il n'y était pas, je veux entendre jusqu'où il soutient une telle position. Je l'oblige à me faire voir. Je deviens complice de ce qu'il a à me dire sur sa puissance sexuelle. Il n'est puissant que par procuration, en devenant un objet pour l'autre, un simple objet neutre. L'examen prouve qu'elle est toujours vierge, anatomiquement parlant. Bref, il n'a touché à rien, il n'a rien modifié. Et sur lui-même, qu'y a-t-il de modifié (Villerbu, 2006) ?

Quel est son rapport à la nudité, au cru et au nu ? Aux croyances le concernant dans son corps ?

Quel imaginaire corporel fantasmatique lié aux activités sexuelles ? Comment l'aborder ? La toilette sert d'accrochage.

Le fait qu'il se rase n'est pas en soi problématique (dimension narcissique). Lorsque les Croisés sont rentrés de leurs périples en terre de Jérusalem, ils en avaient rapporté l'usage. Mais ici, pourquoi ce mode de le rapporter, sans intention, quasi à son insu, un « pourquoi pas » qui rend absente toute intention le concernant et surtout empêche l'interlocuteur de se poser des questions. Voilà le clivage évoqué par C. Balier (2005). Parure qui n'aurait pas été sans problème et acquis contre l'avis de l'épouse ? Ou parce que l'épouse fait office d'interlocuteur interdictif, de censure extérieure que l'on peut toujours tenter de circonscrire, à la manière dont les





— Et elle ?

— *Elle m'a dit pourquoi tu me le ferais pas une fois, ça lui a plu mais elle préfère rester comme elle est... et aussi je rase en dessous des bras et il y a beaucoup d'hommes qui le font aussi... si ça se trouve vous aimez aussi les femmes qui sont rasées et les hommes qui se rasent... il y a beaucoup d'hommes qui aiment comme ça...* (Silence.)

— Donc, votre belle-fille était provocante ? Elle vous paraissait provocante ?

— *Mais je ne disais rien, vu que c'était pas ma fille... et même moi je pouvais avoir chaud alors j'enlevais mon tee-shirt et elle aussi et elle avait rien dessous... et quand on ouvrait la fenêtre je touchais ses bras, sa poitrine pour voir si elle avait froid et un peu, sans faire exprès ses fesses, mais ça n'allait pas plus...*

phobies écartent les dangers et les paniques internes. Conventions sociales que la mode a rendues plus propres aux femmes qu'aux hommes ?

L'équilibre tient dans le miroir, l'abyme ou la symétrie ; la différence est dangereuse. Ce que l'épouse a pu porter comme censure est dénié ; un allié est recherché ; pourquoi pas le psychologue qui devient ainsi interpellé et mis en poche, au même titre que son épouse a pu l'être. Des intentions sont prêtées, suspectées, pas encore vérifiées. Homme s'identifiant aux femmes, en transgressant ? Jusqu'où procède le processus identificatoire ? Et si l'homme qu'il est attendait une jouissance en tant que femme ? Dans son histoire, c'est elle qui a le pouvoir. Elle est enviée et crainte. C'est au moins ce qu'il prête à sa belle-fille dont jamais il n'a dit l'âge. En se donnant l'illusion de se prêter une femme, il est la femme objet de désir et de jouissance ? La situation pénale est relativement close, ou bien vous êtes l'agresseur ou bien vous êtes la victime. Cela ne supporte pas d'entre-deux. Il faut désigner un initiateur, une origine. Louis est sur ce point indécis ; il lui faut quand même reconnaître qu'il n'est pas seulement un dominé psychique ; pour cela, il a recours aux circonstances. Une responsabilité au moins partagée. Ici les circonstances sont dominantes et les gestes dépourvus d'intentions transgressives ; au mieux comment faire autrement ? Au « pourquoi pas » de tout à





— Votre belle-fille était encore adolescente, pourquoi faire cela avec un enfant ?

— *Je me pose encore la question... elle avait envie de voir un sexe ? C'est sûr... et quand je me levais, elle venait derrière moi et elle prenait mon sexe et me masturbait, c'est elle qui venait s'asseoir sur moi, je faisais jamais ça, c'est elle qui baissait mon pyjama...*

— Alors si elle voulait, pourquoi a-t-elle parlé ?

— *C'est ça le problème et il y a un peu de ma responsabilité aussi mais c'est elle qui prenait, je me laissais faire un peu, mais pas tout le temps... peut-être que ça pouvait lui faire plaisir aussi et je me laissais faire...*

— Et il vous est arrivé d'éjaculer ?

— *Non, je ne pense pas... peut-être une fois ou deux mais moi je voulais pas trop... mais un petit peu...*

— Et vous avez eu des expériences avec des garçons ?

l'heure il y a maintenant « le sans faire exprès ». Il se met en symétrie ; en position miroir. Il en dit plus que ce que je demande. Qu'est-ce qui fait secret à partager ? Complicité ? Il donne à voir de la maîtrise, ce n'est la première fois : « *mais ça n'allait pas plus...* » Impulsion versus maîtrise ; ce n'est plus qu'il n'y avait rien à voir, mais le voir devient dénué de toute intention *a minima* voyeuriste. Il évoque du soin et de l'attention à l'exclusion de sexualité.

Reprise de deux questions précédentes en une seule. La datation était précédemment utilisée pour donner des repères ; l'âge de la belle-fille, mentionnée à la même destination. Quelle discrimination possible ? La réponse insiste sur l'absence d'intentions ; il était par son sexe un objet passif et neutre. Vient-il dire une situation fantasmatique rêvée : être un objet pour une femme ? Le rêve d'une femme faite homme pour un homme qui rêve d'introjecter la puissance d'une femme ? Une nouvelle fois ?

Retour à la réalité sociale. L'expertise en temps limité centrée sur la dangerosité/vulnérabilité impose de ne pas engager des processus qui ne pourraient être suivis. Jusqu'où la conscience de transgresser est-elle supportable ? C'est-à-dire n'entraînant pas de conflit avec un autre pan de la vie psychique ?

Je prends soudain conscience qu'il a un air efféminé, passif ; une allure maternelle, pour dire qu'il ne donne pas l'impression de poser des actes violents et d'attendre plutôt un accord.





— On s'est montré le zizi, comme vous aussi étant jeune... quand j'allais à la plage avec mon épouse... parce que des fois j'étais un peu nu, il y a des plages naturistes mais je ne suis pas de ce bord-là.

— Je l'ai vue une fois ou deux se masturber, sur la plage, je me prome-
nais histoire de... elle se masturbait...

— J'ai bien répondu ? Est-ce que vous pensez que je vais sortir, ma femme n'a que moi, elle travaille pas, que va-t-elle devenir ?

— Bien, vous avez remarqué beaucoup de choses.

— Je ne sais pas.

Quand ce n'est pas « *ma mère sait, ma femme pourrait le dire* », c'est une interpellation complice qui apparaît, supprimant la différence.

Il est 11 h 45 ; le moment d'arrêt des visites et consultations en prison. Cette heure est déjà un peu tardive. Nous avons été deux heures et dix minutes ensemble. Je le lui dis et lui demande s'il veut dire quelque chose avant que nous arrêtons.

Pouvons-nous parler là de persistance comme il y a des persistance rétinienne ? Il y a pour le moins un bout de fantasme qui l'imprègne ; des vues dont il est difficile de se détacher. Certes cela sert à nuire ici à la réputation de la belle-fille et à renforcer son côté victime. Au moins aussi à se protéger par agressivité de ce qui veut dire séparation ; séparation d'avec son interlocuteur et du plaisir qu'il y a pris.

Reste la norme et un soupçon d'allégeance ; l'illusion qui effacerait la séparation. Un aveu qui ferait retour à une appartenance ?

Et une position de sauveur.

De nouveau des larmes, celles-ci s'étaient arrêtées au moment où nous commençons l'examen. Je ne lui en parle pas. En lui disant que nous allons arrêter cet examen, je lui dis qu'il était lui-même souvent nu ou mi-nu dans les situations dénoncées par sa belle-fille ; a-t-il une explication à cela ?

Je fais retour au réel de son incrimination, au débat dans lequel il se trouve. Je ne lui laisse pas la disponibilité de se raccrocher à moi.

Louis a été rencontré, par la suite, par un autre psychologue, dans le cadre d'une demande de suivi psychologique « *parce que ça ne va pas* », faite par lui auprès de l'équipe de santé mentale, deux mois après son incarcération en détention provisoire.

Après l'avoir accueilli à la porte du bureau en lui tendant la main pour lui dire bonjour, le psychologue consultant l'invite à s'asseoir. Il se présente un peu voûté et replié sur lui-même, marche d'un pas rapide, presque énergique, ce qui contraste avec sa présentation. Il s'assoit devant le bureau et rapproche la chaise de façon à pouvoir poser ses avant-bras sur le plateau pour joindre ses deux mains et croiser ses doigts. Il lui est expliqué le pourquoi de cette rencontre, en réponse à sa demande faite à l'USMP¹. Le regard est triste (?) et il soutient difficilement le regard dans un premier temps, puis se met à larmoyer et dit qu'il est d'une grande émotivité.

Dans un premier temps, il se présente dans son discours et son donné à voir comme une victime, à la fois de la situation qui l'a amené à être placé en détention provisoire (« *c'est elle qui a fauté, moi aussi* ») et de ses incidences au quotidien dans ses relations avec les autres détenus (« *j'ai été battu, injurié... je suis harcelé...* »). Il met en avant des situations de douleur morale, personnelle, attachées à des pertes affectives : leur fonction est-elle de faire retour à une vie antérieure *via* le cadre carcéral actuel de vie quotidienne, de se distancier de ce qu'il ne veut pas aborder ? Il digresse dès lors qu'il est mis en difficulté. Il met en avant un point de vue qu'il peut penser moral : apparaître différent de la représentation qu'il souhaite que son interlocuteur ait de lui, ou de la représentation qu'il a pu se construire de lui-même ?

Au cours des nombreux entretiens qui s'ensuivront, certains invariants comportementaux vont se donner à voir en retour des questions abordant certains éléments de sa trajectoire existentielle. Sollicitant la dimension affective dans sa construction familiale propre (parents, fratrie) ou personnelle (relations amoureuses) c'est toujours dans une représentation de perte qu'elle sera évoquée : « *il m'a quitté* », « *j'ai peur qu'elle me quitte* », « *elle me manque* », entraînant des pleurs systématiques. Cette attitude en apparence plaintive cherche-t-elle à solliciter la compassion de l'interlocuteur ? Elle intervient régulièrement comme un second invariant dès lors que sont abordés les faits, leur contexte, la représentation qu'il en a et son implication active dans leur réalisation, pour interdire que le questionnement se poursuive. L'échec du dépassement de la mise en difficulté par ce comportement, en retour des questions qui lui sont posées, entraîne le recours systématique à un tiers absent « *faudrait demander à l'avocat* », « *je lui demanderai* », « *faut lui demander à elle* »... Et quand il lui est précisé que c'est à lui que la

1. Unité de Santé Mentale Pénitentiaire.

demande s'adresse, une même réponse suit aussitôt : « *ce n'est pas nécessaire, vous étiez là pour le voir* ». S'expose-t-il alors, malgré lui, en forme de dénégation au regard de l'autre ?

Ce faisant, et au regard de l'analyse bioscopique progressivement construite au cours des entretiens, les invariants émergents constituent les éléments marquants d'une conflictualisation psychique à l'œuvre dans la rencontre avec lui, mais également les moyens de les dépasser. Ils s'offrent comme obstacle et dépassement en ce qu'ils contraignent à questionner d'une telle manière qu'elle l'amènera à se faire auteur et acteur de son histoire : il pourra toujours dire quelque chose de sa présence, sinon de ses actes. Lorsque l'angoisse surgit, le « trou de mémoire » se fait entendre : « *je ne sais plus* », « *je ne me souviens plus* », alors même qu'il dit avoir une excellente mémoire et qu'il en rend compte en étant capable de se souvenir de situations, d'événements, de personnes, de paroles, de lieux... de nombreuses années plus tard, et du contenu des échanges après plusieurs mois.

Recherchant l'alliance dans un mouvement de protection psychique, il questionne son interlocuteur qu'il pose et recherche comme *un* semblable : « *et vous ?* », « *vous aussi sans doute ?* », laissant transparaître son incertitude sur la représentation de la position qu'il occupe, comme homme dans son histoire, dans ses relations, ce qui amène son interlocuteur à demeurer silencieux jusqu'au moment où il lui est fait retour de sa question : « Cela vous apporterait quoi de le savoir ? »

Le principe entretenu avec Louis, dans le suivi psychologique qu'il demandait, a été de mettre au travail une question au terme de chaque entretien, pour le suivant. L'objectif ainsi visé était d'inscrire le suivi dans un temps psychique (scansion) et non uniquement dans un temps carcéral : chaque entretien se suspend sur la proposition de la date du prochain et pose ainsi le temps limité du travail solitaire de la réflexion. C'est aussi, ce faisant, l'occasion de reconstructions défensives et d'aménagements psychiques qu'il offre alors au questionnement, dans une anticipation alors possible de leur émergence. C'est également l'occasion de faire apparaître un invariant, ce qu'il présente avec une évidence jamais réélaborée, dont il prend conscience progressivement sans pouvoir s'en distancier pour autant.

CONCLUSIONS

« Si une mission expertale prend bien ses points d'accrochage sur les conditions cliniques d'une analyse en mettant en scène les éléments d'une histoire personnelle à partir de multiples récits et protocoles plus moins systématisés

et ne peut se faire que dans une relation de transfert à moins de n'être qu'inventaire comportemental » (Villerbu, 1998, 1999, 2001 ; Harrati, Vavassori, Villerbu, 2006), il n'en est pas moins sûr qu'elle se distingue de tout examen psychologique par les buts qu'elle assure : ni vérité du sujet, ni vérité historique, ni vérité judiciaire (Villerbu, 2005). Elle concourt sans se substituer au thérapeute ou psychanalyste, au biographe ou à l'enquêteur social ou de personnalité, à la démarche d'instruction du magistrat, aux investigations policières.

Si à l'origine il s'agissait de dresser un inventaire des acquis et déficits tels que le permettait l'état du savoir psychologique et/ou psychiatrique, aujourd'hui il s'agit de rendre compréhensible pour des jurés (mais aussi pour le prévenu devenu patient de lui-même) le sens d'un acte dans la construction d'une histoire, au travers des axiomes existentiels qu'un sujet a été amené à élaborer en suite de ses expériences de vie. Et pour celui-ci il est proposé qu'il *regarde et entende* avec attention ses histoires sous un autre angle ; afin, peut-être, qu'il entre dans une pédagogie de lui-même, avant même toute proposition thérapeutique qui en l'occurrence serait éthiquement contestable... Offrir, pour un débat, des rationalités telles qu'elles contribuent à sortir du monde commun ou du monde de l'opinion pour retrouver, dans les faits de structure comme les anticipations de risques, les courants d'une position subjective et vulnérante. Entendre une dimension non réductible aux actes posés. Ce n'est pas la vérité d'un sujet que cherche l'expert mais la somme des débats auxquels il concourt, à son corps défendant ou non. En ce sens l'expert a une fonction qui dépasse de loin un compte rendu scientifique ou le travail d'un enquêteur. Il doit rendre présente une absence dans ses modalités conflictuelles, dans ses avatars sociaux, il fait de l'humain avec ce qui peut en paraître le plus éloigné, il doit décider de ce qui fait risque, il doit décider de ce qui est réductible au titre du savoir dont il dispose, pour un débat dans lequel sa part active est de nourrir les questionnements. Seulement les questionnements.

L'expert, que ce soit dans son écrit ou à l'oralité des débats, a toujours deux, trois et plus... interlocuteurs : ceux qui ont comme office de rendre la justice et parmi ceux-là, les avocats, les membres du jury, celui à qui les actes sont imputés, la personne plaignante. Et outre lui-même, elle-même, leur environnement social et familial.

L'expertise psychologique dans cette dimension agressologique n'est pas un examen détective. Pour celui-ci, il y a d'autres interlocuteurs, d'autres démarches, une autre scène.

BIBLIOGRAPHIE

- BALIER C. (2005). *La Violence en abyme. Essai de psychocriminologie*, Paris, PUF.
- CIAVALDINI A. (dir.) (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.
- CIAVALDINI A. (dir.) (2003). *Violences sexuelles. Les soins sous contrôle judiciaire*, Paris, In Press.
- DUEZ B. (2002). « Deux conditions de figurabilité de la médiation : le transfert topique et l'obscénité », in B. CHOUVIER *et al.*, *Les Processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod.
- GREEN A. (1990). *La Folie privée, Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard.
- GREEN A. (1993). *Le Travail du négatif*, Paris, éditions de Minuit.
- GREEN A. (2002). *La Pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
- HARRATI S., VAVASSORI D., VILLERBU L.M. *et al.* (2006). *Délinquance et violence*, « L'Expertise », Paris, Armand Colin, p. 110-121.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- VILLERBU L.M. (2001). « L'expertise psychologique » in S. NETCHINE *et al.*, *Psychologie clinique*, tome I : *Théories, pratiques et méthodes*, Paris, Bréal, p. 198-201.
- VILLERBU L.M. (2005). « De la complaisance naturaliste chez A. Tardieu (1818-1879). À propos des signes dénonciateurs de la pédérastie et leur critique au XXI^e siècle », Colloque international francophone « Femmes, Féminin, Criminalité », université de Rennes II, site ICSH.
- VILLERBU L.M. (2006). *Génogramme et Généalogie*, site de l'ICSH : http://www.uhb.fr/sc_humaines/institut-criminologie/travaux.html.
- VILLERBU L.M. *et al.* (1998). *Éthique et pratiques psychologiques dans l'expertise*, Paris, L'Harmattan.
- VILLERBU L.M. *et al.* (1999). *Expertise psychologique, psychopathologie et méthodologie*, Paris, L'Harmattan.
- VILLERBU L.M., PIGNOL P. (2006). « La médiation projective : “des techniques projectives à la guidance projective” », in O. Douville, *Les Méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod.

Chapitre 5

L'ENTRETIEN CLINIQUE EN VICTIMOLOGIE

CONTEXTE

Il s'agit de dégager les principales caractéristiques du travail clinique d'évaluation et de prise en charge auprès d'une population de personnes dites victimes : cadre, principes généraux, consignes, spécificités et enjeux contre-transférentiels de la rencontre avec les victimes. Le cadre théorique et clinique proposé intègre des références à la clinique sous transfert des syndromes psychotraumatiques et des sujets sous emprise relationnelle, à la psychopathologie psychotraumatique, à la psychocriminologie pour ce qui concerne les notions de dangerosité et de vulnérabilité, ainsi qu'une connaissance minimale du processus judiciaire. Les principaux points abordés sont illustrés par deux extraits d'entretiens menés dans le cadre d'une consultation de victimologie générale.

INTRODUCTION

Il en est de l'histoire des pratiques psychologiques comme il en est de l'histoire des sciences. Dans le premier cas on dira que les symptômes se déplacent et dans le second que les questions ne se posent plus aux mêmes endroits. D'un côté les techniques d'explorations ouvrent certaines dimensions et en ferment d'autres qui deviennent dérisoires, de l'autre côté reste permanente la question du sujet et de la souffrance qui en témoigne (Villerbu, 2005) à travers l'impact des grands changements sociaux.

La psychiatrie a changé de visages ; ce n'est pas la première fois et ce fut toujours avec résistance. Que l'on songe aux réserves émanant de la naissance de la psychiatrie dite sociale qui avait été peu ou prou vécue

comme la fin de la grande psychiatrie ; on en disait de même lorsque la population alcoolique est devenue omniprésente, puis celle des toxicomanes. Ce qui change aujourd'hui, sous l'impulsion d'une présence toute-puissante du droit dans nos relations de tiers, c'est ce qu'a pu amener d'une part la présence de la psychiatrie institutionnelle dans nos activités de soignants ; d'autre part celle du droit par où la personne, non plus réduite à ses symptomatologies, devient perceptible dans sa qualité de sujet qui en constitue sa définition psychique, mais également dans le citoyen qu'elle est aussi.

Le mouvement de clinique victimologique s'inscrit dans ce contexte où vont se trouver conjuguées progressivement non seulement les questions de santé mentale mais un intérêt accru fondamental pour les problèmes de santé publique, au sens large. Les problèmes psychiques deviennent aussi des problèmes sociétaux et leur interprétation passe par une incitation à se dire et à se raconter dans les tendances, valeurs et normes contemporaines.

Certes au point que parfois l'on en arrive à dire qu'il ne s'agit que d'une idéologie dont il conviendrait de se défaire tant elle chosifie le sujet dans un imaginaire social consumérisme, dans une forme de rapport à l'autre enseveli sous le primat d'une dette *a priori*, d'une créance à venir : le droit de, le dédommagement... On peut aussi dire que le rêve en soi n'existe pas ; il n'empêche que le rêveur, lui, est permanent et que de son activité onirique il fait aussi chose à partager.

L'une des grandes résistances à penser en termes de victimologie vient d'un galvaudage conceptuel et de ce qui est dénoncé comme une tromperie, un trompe-l'œil, dans la référence aux notions de trauma et de stress. Comme si ces références étaient censées tenir un mode et contenir un ensemble de pratiques, comme si ces notions n'étaient pas avant tout des hypothèses théoriques dans des constructions sur et autour de la *psyché*, que celle-ci fût soma ou inconscient. À dire vrai le clinicien victimologue, avec ces notions, se donne plus de l'identité d'appartenance et de lobbying qu'il ne procure d'explications. Car pour un sujet social ce n'est pas de cela dont il s'agit mais d'abord et avant tout de ce qu'on a mal nommé, la souffrance psychique, par métaphore d'une médecine générale qui ne se voulait plus vétérinaire et qu'il faudrait désigner au mieux par la notion de détresse au sens le plus winnicottien du terme. Détresse qui renvoie aux deux orientations que repèrent bien les cliniciens dans les référents de détrimement et de préjudice d'une part, de désarroi et d'impuissance d'autre part. La détresse est psychique quand chacun se trouve livré à la plus fondamentale des séparations, quand le monde s'affaisse en lui-même et ne semble plus exister que par le trou qu'il laisse sentir, quand le sujet alors est au bord de l'évanouissement.

La lecture de Louis Crocq à la fois historique et notionnelle au travers les lieux sociologiques expérimentés, comme celle de Carole Damiani, ne

cessent d'insister sur cette expérience anthropologique, l'homme comme expérience de la détresse, de la séparation et leur maniement toujours en prise sur ce qui déborde et laisse entrevoir. Dans notre contexte contemporain pris entre des courants qui ne semblent pouvoir coexister que dans la polémique mortifère et victimale, l'intérêt des cliniciens victimologues est d'apaiser et de rendre possible une nouvelle expérience humaine pour chacun toujours en prise sur du lien social, dans une écriture renouvelée, réitérée et insistante se projetant sur des lieux inédits, renvoyant à et revisitant des pratiques d'intervention et de changement.

1 LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

L'apparition très récente de la victime dans le champ de la psychologie tient d'abord moins à des considérations d'ordre clinique et psychopathologique qu'au caractère progressivement estimé insupportable par le corps social de certaines souffrances, en relation avec l'émergence de nouvelles valeurs collectives. De nouveaux dispositifs, tel le réseau national de l'urgence médico-psychologique (Crocq, 1998), ont participé à la diffusion de ces nouvelles connaissances et des pratiques qu'elles promouvaient autour de cette notion.

La psychiatrie publique ne pouvait rester à l'écart de ce mouvement puisque les circulaires de 1997 puis de 2003 lui octroyaient un rôle central dans ce dispositif. Parallèlement, elle s'est trouvée confrontée à l'émergence de nouvelles demandes tant individuelles que collectives, émanant de personnes, d'institutions ou d'établissements extérieurs, justifiées par des souffrances qu'il devenait de plus en plus difficile de rapporter à une pathologie mentale précise, résistant en outre aux traitements pharmacologiques, relationnels et psychothérapeutiques classiques, pour lesquelles le dispositif sectoriel n'était pas le plus adapté.

C'est dans ce contexte que des consultations spécialisées ont vu le jour, telles celles à l'adresse des victimes, car répondre à ces « nouvelles souffrances » et à ces nouvelles populations exigea rapidement de développer de nouvelles formes d'offres s'appuyant sur de nouveaux réseaux (Sylvestre, Rouquette et Lopez, 2006) qui soient plus aisément repérables et saisissables par elles.

Ouvertes à toute personne en formulant la demande, ces consultations obéissent aux règles des consultations externes de secteur psychiatrique, notamment la gratuité.

2 LE CADRE THÉORIQUE ET CLINIQUE

En raison de la grande diversité des demandes qui leur sont adressées, de telles consultations supposent une pratique « généraliste » en matière de victimologie, faite :

- de rencontres ponctuelles à visée de conseil et/ou d'orientation, de prises en charge au long cours, d'interventions à titre de soutien et d'accompagnement ;
- d'entretiens individuels, familiaux, de couple, de groupe ;
- d'approche des situations victimisantes les plus diverses ;
- d'entretiens à une distance très variable de l'événement ou de la situation, allant de quelques heures jusqu'à des dizaines d'années de celui-ci.

Partant, le cadre théorique doit intégrer des références multiples :

- à la clinique sous transfert des syndromes psychotraumatiques ;
- à la clinique et à la psychopathologie des syndromes psychotraumatiques (Crocq, 1999, 2003) ;
- à la clinique des traumatismes intentionnels (Sironi, 1999) ;
- à la clinique des relations d'intimidation et d'emprise et les effets au long cours (y compris transgénérationnels) qu'elles peuvent avoir ;
- à la psychocriminologie pour ce qui concerne les notions de vulnérabilité et de dangerosité ainsi que des principaux modes opératoires délinquants afin de mieux appréhender le vécu de certaines victimes d'agression.

Enfin, des connaissances minimales en matière de procédures judiciaires et de droit des victimes sont nécessaires en raison de l'importance que revêt pour la plupart d'entre elles la restauration de leurs droits, même si le travail d'accompagnement judiciaire proprement dit doit être confié à des professionnels ou associations d'aides (Damiani et Vaillant, 2003).

Au plan pratique, toute tentative de réélaboration précoce d'une position subjective agit presque toujours comme une interprétation sauvage et constitue un moment de vulnérabilité accompagné d'un risque important d'*acting out*. En conséquence, une approche d'orientation phénoménologique d'aide à la prise de conscience et à l'explicitation de l'expérience vécue est la plus indiquée, accompagnée d'une attitude empathique et de soutien actif, le psychologue et le cadre de la rencontre devant souvent jouer pour un temps plus ou moins long l'équivalent d'un rôle de pare-excitation (Damiani, 1997).

Pour ce qui concerne la psychotraumatologie des événements ponctuels, une approche de type carthartique (Crocq, 2003) semble la plus adaptée au moins dans un premier temps, afin de permettre, par l'élaboration d'un récit de l'événement, une compréhension maïeutique de l'expérience en tant notamment qu'elle a pu être traumatique, ainsi qu'une libération ou « purgation » des émotions qui, restées enkystées dans le psychisme,

donnent lieu aux manifestations du syndrome de répétition (Crocq, 2004). Il s'agit là de la pratique dite de « débriefing émotionnel » (Lebigot, 2001).

Quant aux traumatismes liés aux relations durables à forme d'emprise, ils requièrent avant tout une approche consistant à progressivement décrypter les modalités selon lesquelles l'emprise s'est mise en place, suivant quelles stratégies d'intimidation et/ou de séduction, visant quelles dimensions psychiques et relationnelles, afin d'aider la victime à se dégager du lien intériorisé qui continue de la rattacher à l'agresseur (Sironi, 2001). Un travail direct sur les émotions est ici par contre grandement contre-indiqué, car beaucoup trop déstructurant tant que le sujet n'est pas parvenu à reconstituer un ensemble d'enveloppes psychiques pare-excitatrices. Un court exemple de modalité d'un tel travail constitue le second exemple d'entretien présenté plus bas.

3 LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN EN VICTIMOLOGIE

3.1 Un principe générique : contextualiser

Ce qui fait le propre de l'entretien victimologique tient aux liens qu'il tente d'établir entre les états de souffrance psychique présentés par le patient et le fait qu'il traverse actuellement, ou ait vécu dans un passé plus ou moins lointain, des situations ou des événements hors normes. Si une telle relation ne peut être établie, d'autres hypothèses cliniques devront être explorées.

Partant, un principe général est au fondement de l'entretien victimologique, la *contextualisation*, c'est-à-dire la recherche d'un contexte actuel ou passé susceptible de rendre compte des symptômes présentés : c'est dans le rapport à un certain réel, qui reste souvent en grande partie à constituer et à signifier, que la demande va faire l'objet d'une analyse. Ce contexte hypothétique n'est pas, loin de là, toujours donné d'emblée comme une évidence, car il n'est pas toujours conçu et évoqué comme tel par la victime, même dans les cas où il peut sembler le plus apparent (une agression ou un événement catastrophique récent). Cela tient à ce que certains mécanismes psychiques de type défensif peuvent immédiatement en minimiser ou en masquer l'importance (scotomisation, dénégaration, déni), sans parler de l'éventuel brouillage par l'auteur des repères internes de la victime lui rendant presque impossible une lisibilité des atteintes subies (ceci vaut tout particulièrement pour les relations d'emprise).

Comment opérationnaliser une telle recherche/construction ? À la sollicitation d'associations... faisant l'objet d'une écoute flottante, doit se substituer une présence active auprès du patient autour de questions relatives aux

événements et contextes de vie traversés, aux moments de rupture... *Le temps, l'espace, les relations et les valeurs et normes de vie* constituent les quatre dimensions essentielles à partir desquelles cette recherche de contexte va s'élaborer pour donner sens à la demande d'aide exprimée.

Cela ne signifie cependant pas que le contexte d'existence de la personne doive seul faire l'objet d'une attention approfondie : son histoire de vie doit également l'être mais toujours dans la même visée de recherche des contextes ou situations existentielles passées victimisantes et dont la non-prise en compte a pu engendrer une vulnérabilité psychique prédisposant à de nouvelles victimisations.

3.2 Les principales spécificités de la rencontre avec les victimes

À l'encontre de l'attitude de neutralité à adopter dans la plupart des situations cliniques, la très grande majorité des « spécialistes » de l'aide psychologique aux victimes s'accordent pour affirmer que la distance émotionnelle, la non-intervention, le silence (Damiani, 1997 ; Lebigot, 2005), représentent autant d'attitudes à proscrire, au profit d'une position marquée au contraire par une présence et une implication actives sans lesquelles la victime risque de se trouver renvoyée massivement et de façon insupportable à sa détresse, au sens winnicottien du terme.

Cette implication et les problèmes qu'elle soulève se jouent sur quatre aspects principaux de la rencontre avec les victimes, inaugurant une réflexion essentielle, mais encore trop peu abordée, sur les singularités du contre-transfert (Lachal, 2006 ; Urtubey, 2005) en clinique victimologique. Ces aspects sont les suivants :

- 1) *la dimension émotionnelle*. La rencontre avec une victime confronte d'emblée le praticien à une intensité et une pluralité d'émotions auxquelles il importe de s'ajuster sans verser, soit dans une émotion débordante qui ne serait que le reflet en miroir de celle éprouvée de façon paniquante par la victime, soit dans une distance protectrice excessive qui serait ressentie par elle comme une indifférence insupportable. Cette distance protectrice se cache parfois derrière le souci apparemment louable d'éviter à tout prix que la victime ne manifeste trop d'émotions afin d'éviter « de la faire encore souffrir ». Il importe alors de se mettre au diapason de la victime mais en ayant toujours recours au langage, en nommant l'émotion ou en aidant à la formuler par la proposition d'images et d'expressions langagières signifiantes (Binzwanger, 1971), qui donnent en même temps sens aux éprouvés et à l'événement ;
- 2) *la question de la vérité*. Entre l'incrédulité qui peut faire totalement douter de la véracité des faits relatés et la fascination exercée par ceux-ci qui peut

laisser sans voix, se pose souvent au praticien la question de la véracité des faits relatés. Si une telle question, renvoyant à la réalité, ne doit habituellement pas concerner le psychologue, elle prend ici une importance d'autant plus incontournable que de sa réponse (même si elle n'est pas formulée à la victime) dépendra grandement le devenir de la relation ;

3) *un engagement parfois nécessaire*. L'accompagnement psychologique des victimes peut confronter à des situations dans lesquelles le praticien représente la seule possibilité pour que la victime ait encore une quelconque chance d'être crue et/ou puisse faire valoir certains droits. Un tel engagement expose aux risques d'une surimplication. Cependant, à la condition de ne pas se prendre pour le « bon objet », d'évaluer attentivement la situation et de prendre certaines précautions minimales (bien vérifier de ne pas se substituer à un autre professionnel, à une instance de décision, ne pas émettre des avis à caractère juridique, policier, etc.), il peut être essentiel de s'engager concrètement, si un tel engagement prend sens d'une recherche active d'étayages externes indispensables. Alors le praticien en victimologie pourra être amené à intervenir dans le réel (Zucker, 2001) et cela suivant deux grandes modalités :

- *certifier*, c'est-à-dire aider la victime à faire valoir des droits, ce qui peut conduire à la rédaction d'attestations qui, bien que n'ayant pas de valeur juridique en elles-mêmes, peuvent aider à la réaccession à certains d'entre eux (réouverture de dossiers, réexamen d'une situation, appuyer une demande d'expertise) ;
- *attester*, c'est-à-dire soutenir ou orienter dans une recherche d'interlocuteurs compétents pouvant apporter de l'aide aux tentatives de reconstruction et de restauration sociale (recherche par exemple de professionnels de tous domaines sensibilisés aux difficultés inhérentes au fait d'avoir été victime) ;

4) *une position normative*. Face à certains récits particulièrement dramatiques, le praticien pourra être tenté de porter des jugements de valeurs sur les actes et/ou sur leur(s) auteur(s), notamment quand la victime semble être dans l'incapacité d'apprécier le caractère illégal et/ou inacceptable de ce qu'elle a subi ou bien le perçoit clairement tout en continuant à le subir passivement. Sachant qu'à l'inverse une absence de réaction risque d'être comprise par la victime comme une caution tacite, ou une normalisation, des actes en question, il paraît très difficile de ne pas intervenir. La question est de savoir comment. Il s'agit en fait de tenir une « position normative » qui prenne appui explicitement sur les codes et plus globalement sur les droits des personnes (tels que définis non seulement par la loi mais aussi par les coutumes et les usages). En leur nom, mais en leur nom seulement, des écarts peuvent être pointés, des comportements être désignés comme anormaux ou illégaux, afin d'aider la victime à se dégager de l'emprise dans laquelle ils la maintiennent.

3.3 La conduite de l'entretien

3.3.1 L'entretien initial

L'attention sera particulièrement portée à l'émergence de la demande d'aide et à sa nature (Lebigot, 1991 ; Pignol, 2005a). Presque toujours formulée dans une urgence psychique, un cadre doit lui être donné rapidement faute de quoi la victime risque de se replier sur elle-même pour un temps indéterminé durant lequel l'expérience traumatique risque d'envahir progressivement l'ensemble de la trame existentielle. La rapidité avec laquelle le premier rendez-vous sera donné doit faire l'objet d'une évaluation et, sauf exception, le délai d'attente ne devrait pas excéder une semaine et dans certains cas encore moins. De plus, sa durée ne devrait pas être déterminée autrement que par le temps nécessaire à la victime pour exposer en détail sa situation et qu'un premier effet d'apaisement de la souffrance ait été constaté.

Cet entretien initial se conclura par une restitution finale à visée diagnostique/pronostique et de conseil, incluant une explicitation *a minima* des symptômes les plus douloureux afin d'en relativiser la gravité et ce faisant d'apaiser le vécu paniquant qu'ils engendrent généralement.

3.3.2 Des consignes

- Une *consigne initiale* : présentation du cadre institutionnel et du mode de fonctionnement de la consultation ; contextualisation et explicitation des motifs de la demande (comment avez-vous eu connaissance de la consultation, pouvez-vous me parler de ce qui vous est arrivé ?).
- Des *relances* : selon les situations, le travail portera plus spécifiquement, soit, dans une approche à forme de débriefing sur les émotions, les pensées et les faits, soit sur la recherche et l'analyse de moments de rupture existentielle, de contextes victimisants (exploration de schèmes relationnels, de contextes et situations facteurs de souffrance), d'explicitation d'éprouvés psychiques et somatiques en tant qu'ils sont des indicateurs d'éventuels abus subis sans pour autant avoir été appréhendés comme tels, etc.
- Des *élaborations, reformulations, constructions*. Elles visent à l'élaboration de véritables *axiomes victimaux*, constructions hypothétiques relatives à la structure de la ou des situations victimisantes traversées par la victime, constructions élaborées à partir des traces ou empreintes qu'elles ont laissées chez elle et que l'on voit à l'œuvre dans l'incapacité qu'elle a dans le présent à se dégager d'un vécu et d'un état victimaux problématiques. Ceux-ci seront proposés à la victime afin de l'aider à donner sens à ce qu'elle vit.

3.3.3 Un accompagnement spécifique

Plus qu'une écoute, c'est sur le mode d'une *guidance* qu'il convient de penser les entretiens et le suivi. Ce dernier consistera en un travail sur l'événement (ou la situation) mais aussi sur ses multiples conséquences, personnelles, sociales, juridiques..., et sur les réaménagements psychiques successifs auxquelles elles pourront donner lieu, car le trauma est aussi un processus évoluant dans la durée. L'on sera particulièrement attentif aux phénomènes de culpabilité et de responsabilité toujours éprouvés de façon plus ou moins intense et problématique par les victimes, aux questions que soulève la qualification des actes, à l'éventuelle sanction de l'auteur et à son sens, aux problèmes soulevés par le préjudice, son évaluation et sa réparation. Car que soit engagée ou non une procédure judiciaire, l'on peut appréhender toute problématique victimale à partir de ces questions, du fait de l'impossibilité plus ou moins totale dans laquelle les victimes vont se trouver de les soutenir chacune, les processus psychiques les sous-tendant se trouvant plus ou moins gravement et durablement défailants du fait précisément d'avoir été victime (Pignol, 2005b ; Pignol et Villerbu, 2007).

4 DEUX EXEMPLES D'ENTRETIEN

Entretien initial avec verbalisation cathartique, 10 jours après une agression physique

Mme K. est une femme de 30 ans, mariée, mère de trois enfants, comptable.

Psychologue. — Bonjour, je m'appelle... Je suis psychologue. C'est l'association... qui vous a donné mes coordonnées, c'est ça ?

Mme K. — *Oui... C'est eux qui m'ont conseillé de voir un psychologue...*

— Donc on se rencontre dans le cadre d'une consultation spécialisée pour les personnes ayant connu des événements particulièrement difficiles... D'après ce que j'ai compris au téléphone, cela semble être votre cas...

Contextualisation de la demande et présentation succincte du cadre
Consigne initiale d'exposer les motifs de la demande de consultation.



— Oui... (semble au bord des larmes).
 — ... C'est une consultation gratuite et anonyme... Vous pouvez me dire ce qui vous amène ?

(Mme K. éclate en sanglots, le visage défiguré par la souffrance, elle suffoque presque ; au bout de quelques secondes, elle parvient à contrôler suffisamment ses émotions et commence à parler. Son récit est entrecoupé durant tout l'entretien de sanglots et de pleurs.)

— ... Le..., à 7 heures du matin, je me rendais à mon travail, au centre... – je suis secrétaire là-bas –, j'étais rue de... j'étais au feu sur la file de gauche, y'avait une voiture sur la file de droite, le monsieur s'est déporté sur ma file, il a failli me rentrer dedans, j'ai klaxonné. Un peu plus loin au feu suivant, il était devant moi arrêté au feu, il est descendu de sa voiture... J'ai ouvert ma fenêtre, il m'a injuriée et après il a donné un grand coup de poing dans ma voiture (elle éclate en sanglots) et y m'a atterri dans l'épaule... J'ai pas compris ce qui m'arrivait (elle suffoque). Je lui ai dit : « N'exagérez pas, ne soyez pas de mauvaise foi ! » J'ai noté le numéro de sa voiture mais est-ce qu'il n'a pas noté le mien et qu'il ait accès à mon adresse ? Hier, j'étais à un feu derrière une voiture bleu ciel comme la sienne, je suis restée paralysée (sanglots prolongés)... Je m'en veux terriblement de réagir comme ça !... Je me dis que c'est rien ce que j'ai eu mais j'ai l'impression d'avoir quelque chose d'insurmontable devant moi. Mes enfants me voient en larmes pour un rien, une parole. Mon petit a parlé du coup de poing et j'ai fondu en larmes (pleurs)...

L'impression donnée au P. pendant ces premiers instants est d'abord celle d'une attitude de dramatisation excessive mais aussitôt suivie du sentiment que la patiente est en fait au bord de l'effondrement et qu'elle tente malgré tout de se contrôler ; d'où, l'émotion s'exprimant et se réprimant à la fois, les suffocations.

Le récit, bien qu'il soit intelligible, est une alternance entre des moments relativement confus (trous dans le récit, chronologie apparemment non respectée) et des moments où elle se focalise sur des détails auxquels elle semble s'accrocher.

En plus du débordement émotionnel, ceci atteste pour le moins d'un état de perturbation durable (nous sommes 10 jours après l'événement) débordant très largement le cadre d'un simple état de stress.

Cette remarque, sous-tendue par l'angoisse d'une nouvelle intrusion cette fois dans son monde privé, laisse à penser à un syndrome de répétition déjà installé, indicatif d'une effraction traumatique.





— D'accord... On va revenir sur tout ça tout à l'heure. Vous avez fait quelque chose sur le plan judiciaire ?

— *Oui, j'étais tellement choquée que je tremblais de partout. Heureusement y'a un monsieur qu'était derrière moi qu'est sorti de sa voiture et qu'a dit au type « ça va pas ? » – c'est lui qui a pris le numéro de la voiture et qui me l'a donné, y m'a donné ses coordonnées aussi au cas où j'aurais besoin d'un témoin – ou quelque chose comme ça et il est remonté dans sa voiture et il est parti comme ça sans rien dire, le feu était passé au vert, ça n'a duré qu'un instant mais moi j'ai l'impression que ça a duré une éternité... C'est tout juste si j'ai pu redémarrer et me garer plus loin. J'ai appelé mon mari qu'est venu tout de suite et on est allés porter plainte ensemble. J'ai appelé mon travail pour les prévenir, j'étais tellement mal que je suis allée chez mon médecin qui m'a arrêtée trois jours...*

— Donc vous avez porté plainte... Et pourquoi êtes-vous allée à l'association... ?

— *À la police, ils ont dû voir que j'avais besoin d'aide et y m'ont donné leur adresse... J'y suis allée pour savoir comment ça allait se passer ; je ne connais rien à la justice, c'est la première fois qu'il m'arrive un truc pareil (elle pleure à nouveau)...*

Après une première phase de verbalisation un peu chaotique mais nécessaire pour se faire une première idée de l'événement inaugural et de son impact sur la patiente, il a semblé important de reprendre la direction de l'entretien afin de l'aider à se contenir, sinon à risquer de la laisser de plus en plus envahie et désorganisée par ses affects dont elle dit à plusieurs reprises qu'ils lui sont insupportables ; tout en lui signifiant qu'elle sera entendue dans ce qu'elle vit comme une dépossession d'elle-même,

La centration sur le dépôt ou non de plainte n'est pas aléatoire : elle vise à évaluer son aptitude à se prendre malgré tout en main et à faire usage des possibilités d'aide à disposition. En deçà c'est une proposition d'étayage sur le droit qui est faite. Elle permet également de se faire une idée de sa capacité à penser l'autre comme responsable versus son sentiment de culpabilité dont elle a fait état à différentes reprises.

De ce point de vue sa réponse permet de percevoir que malgré sa panique et ce qui semble être une angoisse paranoïde que l'auteur ne vienne l'agresser à nouveau, elle fait usage de tout ce qui lui est proposé, ce qui est d'un pronostic favorable et laisse à penser qu'elle se saisira également des éléments proposés en entretien.

Une fois cette prise en main effectuée, et acceptée par Mme K., un travail plus structuré et approfondi de l'événement doit être tenté, à forme de débriefing, car malgré ces différentes aides Mme K. reste toujours fixée de façon problématique à l'agression. L'image vient qu'il faut qu'elle se vide. L'hypothèse





— Donc pour revenir à ce qui vous est arrivé, si je comprends bien vous étiez tranquillement en train d'aller à votre travail quand une voiture vous a fait une queue de poisson, vous avez klaxonné pour signifier au conducteur qu'il pourrait faire attention et lui, il a pas supporté ça et il est devenu agressif au point de descendre de sa voiture et de venir vous frapper...

— *Avant y m'a traitée de tous les noms, excusez-moi de garce, de salope, de pute... J'ai été tellement choquée que j'ai rien répondu, j'ai été soufflée, mais j'avais pas peur... À un moment j'ai ouvert ma vitre et c'est là que je lui ai dit de pas exagérer et c'est là qu'il s'est mis à hurler qu'il en avait marre. Y continuait à dire des choses puis il a brandi son poing, je me suis dit « il est pas bien, il est complètement fou ! », et il a donné un coup de poing sur le rétro. Là j'ai été apeurée, je me suis sentie paralysée et c'est idiot, j'ai eu peur pour la voiture !*

— Oui ?

— *Je me suis dit « y va me cabosser ma voiture ». J'y tiens à ma voiture, je viens de l'acheter... Et là y'a eu le deuxième coup de poing. J'ai eu le réflexe de me tourner comme ça (elle fait le geste) je sais pas comment j'ai fait, je l'ai vu arriver sur mon visage et j'ai eu le réflexe de me tourner si bien que son poing est arrivé sur mon épaule (elle pleure)... J'ai eu la sensation d'être coupée en deux, j'étais vidée, j'avais plus rien, plus d'émotions, plus rien, c'est comme si on m'avait tout enlevé. J'comprendais pas...*

— Vous avez ressenti comme une espèce de vide intérieur ?

est qu'un aspect de l'événement est resté non verbalisé et est de ce fait responsable de cette fixation traumatique.

Il s'agit d'une reformulation/synthèse qui introduit en outre implicitement, via une remarque sur les motifs possibles de l'agresseur et la restauration d'un enchaînement chronologique des faits, la possibilité de trouver une cohérence là où elle ne vit que de l'incompréhensible et du dessaisissement.

L'invitation à reparler de l'événement sur ce mode l'amène à évoquer de nouveaux détails. Le récit est plus chronologiquement structuré. Les émotions et les pensées commencent à être verbalisées spontanément au lieu d'être revécues, ce qui atteste d'un début de prise de distance et, au-delà, qu'il est possible et souhaitable d'aller plus loin dans l'exploration de l'événement.

Ceci est évocateur d'un vécu d'effroi généralement indicel d'un moment d'effraction traumatique.

Cela est confirmé par le développement immédiat d'un état de « dissociation péri-traumatique » qui durera deux jours.





— *Oui, d'un seul coup... Et ça a duré pendant à peu près deux jours ! Je n'arrêtais pas de pleurer mais en même temps j'arrivais pas à ressentir les choses...*

— Vous étiez comme une sorte d'automate ?

— *Oui, un peu... J'avais la sensation de ne pas m'appartenir, j'avais pas le contrôle de moi et je déteste ça, c'est extrêmement pénible à vivre...*

[...]

— Vous dites qu'il vous revient souvent des images...

— *C'est souvent le visage du monsieur avec son poing levé...*

— Comment est son visage ?

— *Il est en colère, il est comme fou... j'ai eu très peur qu'il me sorte de la voiture pour me passer à tabac. Il était tellement dur dans ses paroles... Et le coup de poing, ça a été tellement énorme. Il y avait plein de voitures autour et lui il s'en fichait, il était dans son monde. Le monsieur derrière qui a ouvert sa fenêtre et lui a dit « Vous voulez un coup de main ou quoi ? », si ce monsieur n'avait pas pris la parole,*

Invitation à explorer plus avant et à expliciter ses éprouvés dans une proposition d'image signifiante dont elle se saisit en associant de nouveaux aspects de son vécu.

Elle semble parvenir à prendre une certaine distance par rapport à ses éprouvés mais sur un mode critique empreint de culpabilité qui semble tout aussi problématique.

Il était ici tentant de la questionner sur le terme de « contrôle » mais c'eût été questionner les choses selon une position subjective la renvoyant à elle-même. La relance effectuée vise au contraire à poursuivre l'exploration de ses réactions, maintenant dans les suites immédiates de l'événement et toujours en relation à celui-ci.

Poursuite de l'exploration par la recherche d'éventuels autres symptômes dans une visée d'appréciation de l'ampleur des conséquences psychiques (notamment l'ampleur du syndrome psychotraumatique) qui fait apparaître l'existence de cauchemars de répétition avec réveil dans un état de confusion.

Relance l'incitant à décrire, c'est-à-dire à faire usage du langage pour lutter contre la « fascination horrifiée » qu'exerce sur elle cette scène que l'on peut penser traumatique.

Elle parvient à contextualiser de façon de plus en plus détaillée et cohérente la scène ainsi que ses éprouvés... De nouveaux éléments apparaissent à chaque fois, accompagnés d'une libération émotionnelle





qu'est-ce qui se serait passé ? Il ne se serait pas arrêté là, il fallait qu'il se défoule et j'étais là ! (elle pleure)... J'ai vraiment honte de ce que je ressens...

— C'est-à-dire ?

— Qu'il aurait pu me frapper à mort et que j'ai échappé à ça de justesse. Avec le recul je me suis dit qu'il était tellement fou qu'il était incontrôlable, et que rien ne semblait le déranger (elle se tient le ventre à deux mains).

— Vous vous tenez le ventre...

— (En sanglotant, à la limite du compréhensible.) *Je pensais que j'étais peut-être enceinte à ce moment-là et j'ai eu peur pour mon bébé. J'ai eu peur qu'il me sorte de la voiture et qu'il me frappe au ventre !... Maintenant je surprotège mes enfants, je veux plus qu'ils aillent jouer dehors seuls. J'ai peur de l'inconnu, des gestes des gens, l'autre fois une amie m'a fait une petite tape sur l'épaule, j'ai cru mourir... (elle pleure longuement)... Je ne vais jamais m'en sortir...*

— Bon... Je crois que vous êtes encore sous le choc de cette agression ; c'est ce que l'on appelle un traumatisme psychologique. Pourquoi vous êtes aussi choquée ? Ça a été dans les faits une agression très violente même si physiquement vous n'avez pas eu grand-chose. Vous étiez tranquillement à votre volant et d'un seul coup vous vous trouvez face à quelqu'un de manifestement très agressif et qui ne se contrôle plus. Il n'y aurait pas eu quelqu'un à intervenir, on ne sait pas jusqu'où il serait allé... Il y avait donc de quoi avoir extrêmement peur ! Et en plus vous pensiez être enceinte, si bien que vous avez eu également peur pour

qui semble lui permettre ensuite d'aborder de nouveaux contenus encore plus problématiques.

L'exploration de cet aspect de son vécu aurait supposé une centration sur sa subjectivité, ce qui n'aurait fait qu'aggraver sa dévalorisation et sa honte puisque cela aurait implicitement consisté à référer ses réactions à sa personne et non à l'événement.

À ce moment de l'entretien, son geste, qui pourrait sembler être une manifestation banale d'angoisse, semble décalé par rapport à son habitus et aux propos qu'elle tient ; d'où sa verbalisation par le thérapeute.

La remarque fait émerger tout un pan de son vécu jusqu'alors non évoqué. Le fait qu'elle semble à nouveau submergée par ses émotions laisse à penser que c'est la peur de perdre son bébé qui est la source de son vécu traumatique de l'événement.

Elle fait elle-même le lien entre cet aspect de l'agression et certains de ses symptômes.

L'entretien ayant atteint une sorte d'acmé dans l'expression émotionnelle, après ce moment très intense il a une nouvelle fois semblé indispensable de recadrer l'entretien.

La longue explication qui s'ensuit a pour objectif explicite de lui permettre de se réapproprier ses réactions, dont elle a dit à plusieurs reprises qu'elles étaient très problématiques pour elle, en les mettant systématiquement en rapport avec les comportements de l'agresseur. En proposant ce schéma compréhensif de son état présent, il s'agit de lui en proposer un cadre contenant qu'elle puisse s'approprier.





le bébé que vous pensiez avoir en vous... Ce sont toutes ces émotions que vous avez eues sur le moment et qui n'ont pas pu s'exprimer qui sortent maintenant à la moindre occasion...

Alors autant un traumatisme comme cela ça peut être extrêmement difficile à vivre, autant on peut en récupérer très vite. Donc essayez de ne pas trop vous affoler. L'important c'est que ça s'atténue petit à petit. Ceci dit, je pense que vous allez avoir besoin d'un peu d'aide pour gérer ce moment difficile. Je vous propose donc qu'on se revoie régulièrement le temps qu'il faudra pour que vous alliez mieux... Est-ce que vous avez des questions à poser ?

— Non, je ne vois pas.

— Bien, on va en rester là pour aujourd'hui...

Il s'agit également de faire progressivement retomber la tension émotionnelle afin qu'elle soit dans un état d'apaisement suffisant pour pouvoir sortir de l'entretien sans difficultés.

Elle a enfin pour objectif de clore l'entretien sur une mise en perspective et une proposition de prise en charge dont l'objectif affirmé est un mieux-être rapide.

Melle S. : Quand les normes ne font pas sens

Séquence d'exploration d'un contexte quotidien d'agression sexuelle incestueuse, des normes, comportements et mode de vie familial (extrait du deuxième entretien)

Psychologue. — Avez-vous pensé à de nouvelles choses depuis le dernier entretien ?

Mlle S. — J'ai beaucoup repensé au procès...

— Oui ? L'autre fois, vous avez laissé entendre que vous n'étiez pas vraiment satisfaite du jugement...

— Y'a plein de choses qui n'ont pas été dites... Quand j'y pense, c'est rien ce qui a été jugé... Toute mon enfance je me suis fait rabaisser, insulter par tout le monde...

Consigne initiale en forme de relance par rapport au contenu du premier entretien

Reformulation empathique encourageant à poursuivre sur ce thème.

Elle se saisit de la proposition.





— Insulter ? Quel genre d'insultes ?
 — *Euh... je me faisais traiter de grosse vache, de grosse pute !*

— C'est agréable ! Qui vous insultait comme ça ?

— *Mon père tout le temps, mon frère un peu, au collège c'était la cata, mes grands-parents aussi, toute la famille du côté de mon père... Il fallait quelqu'un et c'est tombé sur moi...*

— Comment ça, il fallait quelqu'un ?

— *On était trois enfants et j'étais au milieu. Ça marchait pas avec mon frère : il était plus grand et il se laissait pas faire, dès fois il se défendait même à coups de couteau, et ma sœur, elle était trop jeune... Il ne restait plus que moi...*

— Et toute votre enfance ça a été comme ça ?

— *Jusqu'à mes dix ans j'adorais mon père et du jour au lendemain je l'ai haï et comme j'étais sa petite chouchoute, après il s'est vengé...*

— Il s'est passé quelque chose pour qu'il vous haïsse comme ça d'un seul coup ?

Il s'agit, par cette demande de précision qui peut paraître « superflue », voire teintée de voyeurisme, de lui signifier qu'il est possible d'évoquer ce qu'elle a vécu sans gêne pour le thérapeute.

L'ironie de la remarque peut sembler hors de propos, et notamment une atteinte au principe de neutralité. Elle vise implicitement à soutenir la patiente dans sa tentative de se positionner en « victime » c'est-à-dire ici comme ayant fait, enfant, l'objet de comportements inacceptables. Il s'agit d'une intervention normative. Quant au ton adopté, il correspond à celui qu'elle tente de prendre (sans doute par gêne), quelque peu distancié et ironique.

Une hypothèse serait que la mise en position d'enfant favori est une stratégie qui a permis d'instaurer des normes comportementales quotidiennes rendant possibles les agressions sexuelles.

La patiente est invitée à poursuivre l'exploration de son contexte familial de vie dans son enfance. La demande de précision a non seulement pour visée de l'inciter à poursuivre mais aussi implicitement à la soutenir en lui signifiant qu'elle est suivie pas à pas dans son récit.





— Avant je pensais que c'était ma mère et mon frère qui étaient méchants avec lui. Et un jour je suis rentrée de l'école plus tôt que prévu et je l'ai vu complètement saoul sur les toilettes. Quand il m'a entendu, il a relevé la tête et là j'ai compris que c'était lui qui était mauvais et pas ma mère. Il avait une tête horrible, il était bourré, je l'avais jamais vu comme ça et il a vu que j'avais compris... Après ça a été l'horreur...

— Vous disiez que vous l'avez vu aux toilettes, la porte n'était pas fermée ?

— Non.

— Ça arrivait souvent ?

— Oui, mais ça c'est rien ! Il se rasait les poils du pubis devant nous, il prenait son bain devant nous, il mangeait nu souvent...

— Il n'avait aucune pudeur ?

— Je crois qu'il était obnubilé par le sexe...

— C'est-à-dire ?

— Il en parlait pas mais ça se voyait qu'il aimait ça. La nuit, il regardait des films pornos...

— Comment vous le saviez ?

— Des fois je me levais la nuit et en passant je voyais ce qu'il regardait, et puis on entendait la télé, notre chambre était juste à côté du salon télé et le mur n'était pas épais...

— Comment vous viviez ça ?

— C'était pas plus traumatisant que ça... Quand il regardait la télé, au moins on était tranquilles...

— Quand vous dites « on », c'était qui ?

— Mon frère et moi.

La scène est décrite avec un tel réalisme (elle a quelque chose de fascinant) qu'elle fait penser à une scène traumatique.

Au vu de ce qui est ressenti comme un très grand malaise à parler de ses éprouvés, il a semblé préférable de poursuivre dans l'exploration des normes de vie afin de l'aider avant tout à prendre conscience de l'anormalité de ce contexte au regard de nos modes de vie collectifs, ici le domaine de l'intimité.

Elle poursuit dans son exploration et semble commencer à prendre conscience du caractère très particulier du comportement de son père à mesure qu'elle en témoigne au thérapeute.

Réaction caractéristique de ses difficultés à appréhender ce qui était anormal : au lieu, comme cela lui est proposé, de voir une dimension anormale aux comportements de son père en termes d'atteinte à l'intimité, elle les banalise en en faisant une conduite excessive mais au fond normale ou encore en imputant à l'épaisseur des murs le fait de tout entendre des films.





— Et votre mère, elle était où ?
 — Elle dormait dans sa chambre à l'autre bout du couloir, et de toute façon elle était bourrée de médicaments, à huit heures elle était couchée et on la voyait plus jusqu'au lendemain...

— Les films pornos, c'était avant ou après que son comportement ait changé par rapport à vous ?

— Là c'était avant. Après, il a surtout insisté ; après le viol, il s'est acharné sur moi pour me dézinguer, c'était tous les jours...

— Et avant alors, qu'est-ce qu'il faisait ?

— Il me disait de venir pour regarder la télé avec lui. Au début il était habillé, il ne se masturbait pas, il ne me touchait pas. Il me posait des questions si je savais comment on faisait, il m'expliquait... Je savais que c'était pas normal mais j'avais pas peur de lui. C'était plus ennuyeux qu'autre chose, ça m'intéressait pas et puis c'était toujours la même chose. J'attendais que ça soit fini et je retournais me coucher... Ça, ça m'a pas vraiment traumatisée. C'est après que c'est devenu vraiment dur...

— Vous vous souvenez du genre de films pornos que c'était ?

— Oui, je me souviens de toutes les scènes ! Toutes les scènes que j'ai vues je les ai en tête... C'était presque toujours des films qu'avec des femmes...

— Comment vous viviez ça, de devoir regarder ces films ?

— Ça m'intéressait pas mais ça me choquait pas non plus, c'est comme le fait qu'il était souvent à se balader nu dans la maison, avant je pensais que c'était sain et après j'ai senti que c'était très malsain...

Essai d'élargissement de l'exploration au comportement de sa mère qui est décrite en réponse comme complètement absente. Il semble alors au thérapeute que poursuivre dans cette voie aurait été trop problématique pour elle à ce moment car risquant de la centrer trop vite sur sa probable détresse d'avoir été, en plus des agressions paternelles, abandonnée par son autre parent.

La sexualité du père est tellement inscrite dans le quotidien, et de ce fait banalisée, que le thérapeute a lui-même du mal à ce moment de l'entretien à s'y retrouver ; d'où cette demande de précision.

Il s'agissait de rechercher ce qui à l'époque pouvait faire normes différenciatrices pour elle. Sa réponse confirme ses difficultés à ce niveau : elle semble ne pouvoir appréhender les choses qu'en termes d'absence de certains comportements violents et pas en termes d'écarts positifs.





- Et maintenant ?
- *Après le jugement je me suis dit que si la justice le jugeait pas là-dessus c'est que c'était normal... Y'a des choses, je sais pas si je dois en souffrir...*
- Comment ça ?
- *Pour être malheureux faut avoir des raisons, pour avoir des raisons faut les connaître et moi je ne sais même pas si c'est des raisons valables...*

L'idée est venue que le contenu même des films pouvait avoir une fonction vis-à-vis d'elle, d'où cette question. La réponse apporte un élément non anodin mais qui n'a pu être analysé.

Elle témoigne ici à la fois de la confusion dans laquelle elle se trouve et des tentatives qu'elle a mises en œuvre pour en sortir, ainsi que du fait qu'elles n'ont pas trouvé d'étayage suffisant dans la procédure judiciaire ; d'où un profond vécu d'abandon sans doute en écho à l'abandon maternel.

Elle exprime là tout son désarroi de souffrir d'une situation sans pouvoir en même temps appréhender en quoi elle la fait souffrir : ses normes internes (en écho aux normes familiales confusionnantes) ne lui permettent pas de différencier du normal et de l'anormal, de poser de l'agression et de la transgression.

BIBLIOGRAPHIE

- BINZWANGER L. (1971). « Le rêve et l'existence », *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Éditions de Minuit.
- CROCQ L. (1999). *Les Névroses traumatiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- CROCQ L. (2004). « Le syndrome de répétition. Formes cliniques et signification », in L. CROCQ et P. BESSOLES (dir.), *Victime-Agresseur*, tome IV : *Récidive, réitération, répétition, Lien d'emprise et loi des séries*, Nîmes, Éditions Champ social.

- CROCQ L. (2003). « L'approche cathartique », *Stress et Trauma*, 3, 1, 15-24.
- DAMIANI C. (1997). *Les Victimes. Violences privées et crimes publics*, Paris, Bayard éditions.
- DAMIANI C., VAILLANT C. (2003). *Être victime. Aides et recours*, Paris, Vuibert.
- LACHAL C. (2006). *Le Partage du traumatisme*, Éditions La Pensée sauvage.
- LEBIGOT F. (1991). « La demande de soin dans les névroses traumatiques de guerre », *Ann. médico-psychol.*, 149, 2, 131-149.
- LEBIGOT F., DAMIANI C., MATHIEU B. (2001). « Debriefing psychologique des victimes », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT, *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, 163-187.
- LEBIGOT F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques*, Paris, Dunod.
- PIGNOL P. (2005a). « Les aléas de la demande de soin dans les psychotraumatismes », *Les Cahiers de l'ICSH*, hors-série « Psychologies et Victimologies », 9-33.
- PIGNOL P. (2005b). « Qu'est-ce qu'un auteur... pour une victime ? », colloque « Auteurs et victimes. Autour de l'œuvre de L. Crocq », Presses universitaires de Rennes II (à paraître).
- PIGNOL P., VILLERBU L.L. (2007), « Le soutien psychologique durant le parcours judiciaire de la victime. Deux exemples cliniques », in L. CROCQ (dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Elsevier-Masson, Paris, 275-286.
- SIRONI F. (1999). *Victimes et Bourreaux*, Paris, Odile Jacob.
- SIRONI F. (2001). « Traumatisme intentionnel et psychothérapie », in F. MARTY *et al.*, *Figures et destins du traumatisme*, Paris, Dunod, 135-150.
- SYLVESTRE M., ROUQUETTE P., LOPEZ G. (2006). « Organisation du soin et travail de réseau », in L. JEHEL, G. LOPEZ *et al.*, *Psychotraumatologie. Évaluation, clinique, traitement*, Paris, Dunod, 225-235.
- URTUBEY L. (DE) (2005). « Traumatisme et contre-transfert », in F. BRETTE, M. EMMANUELLI, G. PRAGIER (dir.), *Le Traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*, Paris, PUF, « Monographies de psychanalyse ».
- VILLERBU L.M. (2005). « Le psychologue en psychiatrie, l'accompagnement de tous les changements », *Rhizome*, 19, 2-3, <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere>.
- ZUCKER D. (2001). « Prises en charge psychothérapeutiques psychodynamiques brèves : entre la souffrance et la réalité », in M. DE CLERCQ et F. LEBIGOT, *Les Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, 235-243.

Chapitre 6

L'ENTRETIEN CLINIQUE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL

INTRODUCTION

Dans le domaine de la psychologie, où ce qu'il est convenu d'appeler entretien est un outil et un dispositif classique, mais aussi dans d'autres domaines de savoirs et de pratiques, le terme de clinique connaît depuis nombre d'années une extension et une inflation qui ont porté à un certain amalgame, sous le qualificatif d'entretien clinique, de pratiques d'entretiens bien différentes, si ce n'est divergentes, quant à leurs présupposés, leurs modalités, leurs objectifs.

Parler d'entretien clinique nécessite de prendre en compte cette hétérogénéité de pratiques d'entretiens rassemblées sous le terme générique de clinique et donc de spécifier de quelle forme d'entretien dit clinique il est question. En effet, l'entretien tend à être ainsi nommé dans des secteurs et des activités en psychologie tels que ceux de la psychologie sociale – dite clinique par certains –, de la psychologie du travail (on parlera de clinique du travail) ou de la psychologie neurocognitive. Dans ces secteurs de la psychologie, les critères et visées dont s'organise l'entretien qualifié de clinique sont d'un tout autre ordre que dans le champ de la psychologie clinique et psychopathologique. Remarquons aussi qu'une certaine confusion, si ce n'est une réduction, tend à s'instaurer dans le domaine de la maladie et de la santé, ainsi à l'hôpital général, entre ce champ clinique, dont relèvent en particulier les psychologues cliniciens, et la psychologie médicale ou la psychologie de la santé. Dans le champ même de la psychologie clinique et psychopathologique ce qui est saisi sous le terme d'entretien clinique peut référer à des pratiques différentes (ainsi celle des passations de tests projectifs ou celle de la psychothérapie). Ajoutons à ceci que, dans les services de l'hôpital général, des entretiens d'ordre divers (avec des sujets hospitalisés, leur entourage, les membres de l'équipe médicale ou paramédicale) constituent une part non négligeable

de l'activité du clinicien. Cela ne fait pas pour autant de tous ces entretiens des entretiens cliniques.

Au regard de cette complexité et dans une perspective d'approche de l'entretien clinique, de sa pratique en médecine somatique à l'hôpital, on reprendra d'abord quelques éléments de la question même de l'entretien clinique. De plus, si on considère que la position et la fonction du clinicien, tant dans le travail clinique que dans le lieu où s'accomplit ce travail, sont étroitement liées à ce qu'il conçoit d'une pratique dont l'entretien clinique fait la spécificité, on peut comprendre qu'il n'est pas sans importance de préciser ce qu'on va entendre par entretien clinique et d'en souligner les caractéristiques. Ceci conduira à marquer la différence entre entretien clinique et entretien en clinique, or l'une et l'autre expressions sont souvent employées comme des synonymes : un entretien en clinique pourtant n'est pas forcément un entretien clinique.

Sur ces bases seront considérés les conditions et les possibles de l'entretien clinique dans le cadre institutionnel de l'hôpital général et de la médecine somatique. Suivant l'idée que l'entretien clinique dans un bureau en consultation (externe ou interne) présente, dans ce lieu, peu de différences en bien des cas avec d'autres lieux de consultation, c'est sur l'entretien clinique « au lit du malade » que l'accent sera porté. Un appel fait à une situation clinique concrète aidera à appréhender ce qu'il peut en être de son instauration, du dispositif et de l'espace de paroles qui peut s'établir « au lit du malade » dans un service hospitalier, entre un clinicien singulièrement impliqué et un sujet hospitalisé pour raison somatique.

1 À L'HÔPITAL : ENTRETIEN CLINIQUE – ENTRETIEN EN CLINIQUE

1.1 L'entretien clinique : références conceptuelle, méthodologique et éthique

Disons, en premier lieu, que l'entretien clinique spécifie une pratique fondée sur des conceptions, des principes et conditions, mais aussi une expérience et une formation qui en sous-tendent et guident l'exercice et où trouve son orientation la position du clinicien. En suivant, soulignons que, en clinique psychologique et psychopathologique dont relève en particulier la formation des psychologues cliniciens, la conceptualisation de cette pratique est, de façon privilégiée, pensée en référence à la psychanalyse. C'est là une donnée classique, du moins en France. Et le psychologue clinicien, bien souvent, n'est pas sans expérience analytique. Particulièrement sensible dans le

champ médical, cette situation, qui paraît être une spécificité française, est liée aux conditions historiques et théorico-cliniques de fondation de l'approche clinique du psychologue clinicien. S'en éclaire le fait que la psychanalyse qui est, à ce jour, le seul champ d'expérience et de conceptualisation qui peut rendre compte des différents aspects du sujet (divisé) et de ce qui l'anime ou le mortifie, a été et demeure une référence centrale comme orientation théorique et clinique privilégiée, si ce n'est par expérience et formation analytiques.

Ceci étant, il est à considérer que dans l'activité clinique, à l'hôpital ou ailleurs, prendre un appui essentiel sur le modèle de la psychanalyse relève d'un choix qui ne peut être réduit à la seule référence conceptuelle et doctrinale, fût-elle privilégiée : est engagée aussi la question d'une pratique dans la spécificité de sa méthodologie et de ses exigences éthiques. Comme tout autre choix, le choix référentiel de la psychanalyse implique, pour le clinicien, une prise de position quant à ce qui l'oriente dans sa pratique et ceci, dans le contexte médical de l'hôpital général, littéralement, jusqu'au « lit du malade » où souvent a lieu, outre des « prises de contact », une première, et dans bien des cas, unique rencontre.

L'entretien clinique en psychologie clinique et psychopathologie référencées à la psychanalyse présente des proximités mais aussi des différences avec l'entretien psychanalytique sur les traces duquel il s'est historiquement constitué. La psychanalyse, pour reprendre la définition de Freud, c'est d'abord le nom d'une méthode d'investigation spécifique sur laquelle se fonde une méthode de traitement du même nom et dont procède l'élaboration du corpus doctrinal qu'est aussi la psychanalyse. Travailler dans la référence à, ou plus directement, avec la psychanalyse en entretien clinique – sans pour autant « faire de la psychanalyse » au sens de la cure et confondre entretien clinique et « entretien analytique » –, c'est travailler, sous certaines conditions techniques ou éthiques et plus ou moins directement, avec cette méthode spécifique dans une pratique clinique dont la mise en œuvre implique le clinicien. On peut comprendre que cette pratique alors, outre une référence aux concepts de la psychanalyse, puisse inviter à l'expérience propre de la psychanalyse. Expérience que ne sauraient remplacer celle de stages cliniques et la nécessaire formation en psychopathologie clinique et psychanalyse que dispensent certaines universités. On peut être psychologue clinicien sans être psychanalyste. Il n'en reste pas moins la question : le seul référent théorique peut-il fonder, pour le psychologue clinicien, l'offre d'un espace de paroles dans une pratique clinique dont il se dit que le meilleur outil dont il disposerait dans celle-ci est lui-même ? Peut-il s'en contenter pour « écouter » et surtout « entendre » un sujet dans une relation d'interlocution qui l'implique lui-même comme sujet, comme « *psyché* », et pour s'orienter dans sa pratique ?

1.2 Jusqu'au « lit du malade » : spécificité de l'entretien clinique

La pratique de l'entretien clinique « au lit du malade » peut confronter le clinicien à des problèmes matériels et techniques particuliers. Par exemple, en service de réanimation, l'aménagement concret d'un temps particulier et d'un espace de rencontre avec un sujet alité nécessitant des soins intensifs, pouvant être sous ventilation assistée et partageant une chambre avec un voisin de lit. Néanmoins là, comme dans d'autres contextes, ce type d'entretien dans sa pratique se spécifie par certaines caractéristiques intrinsèques. Ce qui le distingue d'autres types d'entretiens dits cliniques avec lesquels, en particulier dans le champ médical, il est souvent plus ou moins confondu.

L'entretien clinique, comme tout entretien, suppose de la parole, une forme de dialogue, entre des interlocuteurs. Mais il n'y s'agit pas seulement, par exemple, de transmettre des informations, et pas plus de converser dans un échange symétrique, ou de se prêter à certains exercices (questionnaires, tests), ni même de trouver un certain soulagement dans la possibilité de parler (« ça fait du bien de parler », de « vider son sac » dit-on). En somme, il ne suffit pas de parler pour qu'il y ait de l'entretien clinique.

L'entretien clinique offre l'opportunité, la possibilité à un sujet (divisé) de dire, de se dire, et d'être écouté par un autre qui, par sa disposition d'écoute, invite à la parole. Mais, plus encore, il ouvre au possible, pour ce sujet, d'être entendu et d'entendre ce qui se dit, ce qu'il dit, y compris parfois, comme ce peut être le cas, lorsque un sujet est privé de voix (en réanimation, en ORL), en « parlant » au clinicien au moyen de l'écriture. En effet, dans l'espace d'interlocution particulier d'une relation dissymétrique dont s'ordonne l'instauration de l'entretien clinique, c'est à l'expérience de la parole et à sa fonction spécifique dans l'adresse à un autre, à la surprise, à l'énigme de la parole, à son pouvoir de révélation et son impact, que convie le dispositif de cette situation clinique. Soit une situation où les dimensions de l'inconscient et de ses effets, de la réalité psychique (désir inconscient et fantasmes), celles des identifications et des transferts, ne peuvent être méconnues par le clinicien ou non prises en compte. Un clinicien qui se trouve lui aussi impliqué comme sujet, c'est-à-dire aussi comme *psyché*, et qui travaille avec cette implication (recueillie en partie sous le terme de contre-transfert).

Dans cet entretien, par principe non directif, est bienvenue l'association libre des pensées dans une parole accueillie sans jugements *a priori*. Et la forme d'écoute, la disposition d'attention du clinicien sont ici fondamentalement particulières : dans un « champ de transférences » (Fédida) impliquant l'intersubjectif et l'intrapsychique des interlocuteurs en présence, par le médium de la parole et dans ses modalités de déploiement, c'est une *psyché*, dans les particularités de son être, dont le clinicien se préoccupe, c'est un

sujet qu'il propose d'écouter et de reconnaître, que ce soit dans les différents aspects de sa vie libidinale, psychocorporelle, relationnelle, de son fonctionnement psychique, de ses mécanismes de défenses, de sa souffrance et de ses effets pathogènes, de ses craintes et angoisses, de l'expression symptomatique de son mal-être, voire de sa détresse.

Si l'entretien clinique répond à certaines caractéristiques intrinsèques, il n'est pas pour autant normé et uniforme. Des variations plus ou moins importantes d'ordre divers peuvent être mises en jeu d'un clinicien à l'autre, ou par un même clinicien en fonction de certaines données et des sujets qu'il rencontre. Les modalités et le cadre de rencontre peuvent être variables (entretien dans un bureau, au « lit du malade » ou ailleurs, entretien avec un patient seul ou non) et variables aussi les modalités, le déroulement de l'entretien, les modes d'interventions du clinicien comme les visées ou les perspectives qu'il considère (investigation, soutien, thérapie). Cependant, la préoccupation du « psy » dans l'entretien clinique, y compris en médecine somatique, n'en reste pas moins fondamentalement ceci : le sujet (dans sa division) et les incidences psychiques de ce qui lui advient et avec quoi celui-ci a à faire. Ce point est important à souligner car il peut être pensé que c'est au titre de la maladie qu'un psychologue clinicien rencontre... des malades. Et ceci, par exemple pour les aider à accepter leur maladie, à devenir des « bons malades » (souscrire aux protocoles de soins, obéir au médecin, etc.), comme aussi bien il aiderait d'autres à devenir de « bons mourants ».

1.3 Entretien clinique – entretien en clinique à l'hôpital

Au regard de l'approche ci-dessus, on peut concevoir qu'un échange de paroles avec un « psy » dans un lieu clinique n'en fait pas pour autant un entretien clinique, de même que, par exemple, dans le cadre de la cure, toute intervention verbale de l'analyste ne relève pas du registre de l'interprétation. Ce n'est pas le fait qu'un clinicien (médecin, psychiatre, psychologue clinicien, psychanalyste) a un entretien avec un patient dans une institution de soin, un lieu clinique, qui en fait un entretien clinique. Ainsi un entretien d'expertise psychiatrique ou un entretien de recherche psychologique peuvent être des entretiens en clinique sans être pour autant des entretiens cliniques tels que spécifiés ci-dessus. Les méthodes, les buts sont différents et tout autant les positions des interlocuteurs en présence.

Dans l'entretien en clinique, l'entretien de recherche, pour reprendre cet exemple, répond le plus souvent à un projet planifié et un objet de recherche précis : par exemple évaluation des récidives de tentatives de suicide chez des sujets hospitalisés pour ce motif dans la perspective d'une amélioration de la prise en charge. C'est à ce titre que des sujets peuvent être rencontrés dans un ou des entretiens qui sont semi-directifs et souvent directifs, voire de

l'ordre du questionnaire. Dans ce type d'entretiens la parole de la personne est commandée et délimitée par des réponses à donner, parfois des consignes à respecter et, dans ce cadre contraignant pour les deux locuteurs, « l'écoute » orientée par les informations que le chercheur veut recueillir dans le but, préétabli, de sa recherche.

Cette écoute peut être désignée, et ceci alors dans un différentiel avec ce qui est dit « écoute thérapeutique », comme « écoute de recherche ». Une écoute de recherche d'un tout autre ordre que celle mise en œuvre dans l'entretien clinique qu'oriente la psychanalyse où, quelles qu'en soient les visées, il ne saurait y avoir d'incompatibilité entre écoute de recherche et écoute thérapeutique. Ici, d'une part, ce n'est pas un partage entre des formes d'écoutes différentes (recherche/thérapeutique), mais l'écoute et « l'entendu » plus ou moins différents de chaque clinicien dans des rencontres chaque fois singulières. Et, d'autre part, est à souligner la dimension heuristique, intrinsèque à la méthodologie de l'entretien clinique, à la mise en acte de sa pratique référencée à la psychanalyse et qui peut rejoindre sur ce point l'entretien psychanalytique : la possibilité qu'en résulte tout autant un « gain scientifique » (Freud), qu'un bénéfice thérapeutique.

À l'hôpital général, comme dans bien d'autres institutions médicales de soin, l'entretien en clinique (clinique médicale, psychiatrique, psychologique) peut prendre différentes formes (notamment entretien directif ou semi-directif à visées diagnostique, de prescriptions, à visées d'évaluation, d'expertise, de recherche). Dans le cadre de son orientation en psychologie clinique et psychopathologie et celui de son activité à l'hôpital, entretien en clinique et entretien clinique peuvent être des pratiques soutenues par un même clinicien « psy », mais dans l'un et l'autre cas, sa position et ce qui sous-tend et fonde cette position sont en jeu. S'en organisent le cadre d'entretien, la situation de la parole, les modalités de son usage et de son écoute.

Si entretien clinique et entretien en clinique sont des pratiques à différencier, sont aussi à différencier des champs d'interventions souvent confondus, ceci bénéficiant à la confusion entre ces pratiques. En effet, sont à distinguer de la psychologie clinique et psychopathologie, la psychologie médicale et la psychologie de la santé. Si dans ces trois champs peut s'exercer une pratique de l'entretien en clinique, on peut appréhender, au regard de l'approche proposée ci-dessus, que l'entretien clinique dans sa pratique ne relève pas de la psychologie médicale qu'imprègne le modèle médical et qui s'occupe de problèmes posés par la médecine et aux médecins ou aux malades. Et pas plus de la psychologie de la santé laquelle s'occupe justement de la santé et de la maladie (diagnostic, causalité, prévention, traitement). Autrement orienté est le clinicien « psy ». À l'hôpital général, en médecine somatique, comme en bien d'autres lieux, ce qui le préoccupe lui, on l'a dit, c'est le sujet. Et plus particulièrement ici, où ce sujet est réduit souvent à la condition objectivée de corps-organisme et à sa pathologie, c'est la place qui est

faite à celui-ci, à son désir, son histoire, sa parole, sa plainte, c'est la reconnaissance de la souffrance psychique, voire de la détresse qui peut être la sienne. Une souffrance, une détresse psychique que peuvent engendrer ou majorer la maladie, l'accident (ce qu'ils impliquent en eux-mêmes corporellement et psychiquement pour chacun) et, tout autant, les soins médicaux nécessaires de natures diverses. Mais aussi une souffrance, une détresse, reconnues ou non, qui peuvent conduire à l'hôpital général pour des soins corporels plus ou moins importants (ainsi en réanimation, en chirurgie), des sujets ayant tenté un suicide (ingestion médicamenteuse, de produit toxique, phlébotomie, défenestration etc.).

2 L'ENTRETIEN CLINIQUE « AU LIT DU MALADE »

2.1 L'offre et la demande : première rencontre avec Mme M.

À l'hôpital général, entend-on dire, il n'y a pas ou peu de demandes si ce n'est celles de tel ou tel de l'équipe médicale faite au « psy » d'aller voir un malade ou... « une TS » (tentative de suicide). Et, souvent, bien des « psys » (stagiaires ou non) ne rencontrent un sujet hospitalisé que du fait de la demande d'un membre de l'équipe médicale et pour répondre à cette demande. Certes, il y a à entendre la demande portée par tel ou tel de l'équipe médicale. Mais qu'est-ce qu'elle demande, cette demande ? Elle peut demander pour le soignant (de l'aide, du soulagement, d'être déchargé, rassuré, etc.), tout autant que pour le malade qui est désigné comme ayant besoin du « psy ». Dans bien des services, et d'autant plus lorsque un clinicien n'y est pas attaché, c'est pour une grande part des hospitalisés que le « psy » n'est pas demandé par l'équipe. Ce n'est pas pour autant que celui-ci n'a pas à leur faire connaître la possibilité d'une rencontre. Demande de l'équipe ou pas c'est d'abord, en effet, la considération qu'un hospitalisé est aussi un sujet, et un sujet qui peut pâtir plus ou moins gravement de ce à quoi il se confronte et qui peut faire violence pour lui, qui, dans tel ou tel service de l'hôpital, porte le clinicien jusqu'au « lit du malade ».

Tous ceux pour lesquels l'équipe ne demande pas le « psy » ne sont pas forcément les moins en difficulté. La souffrance psychique peut être méconnue chez « un malade qui ne pose pas de problèmes » à l'équipe médicale, ou bien chez un autre qui est considéré comme... un « emmerdeur ». La dimension du sujet, de ce qui la fait consister chez chacun, peut être, de différentes façons, mise à mal, si ce n'est annihilée, générant des souffrances

psychiques pathogènes, voire un état de détresse qui peut grever les possibles mêmes de la vie corporelle. On le sait pour les enfants, ce qui a conduit à reconsidérer les conditions d'hospitalisation et de soins. C'est aussi vrai pour les adultes.

Il est important de reconnaître la souffrance mais aussi le travail psychique que provoque la confrontation au réel du corps, de la maladie, de l'accident, et de soutenir le sujet qui s'y affronte pour trouver les « solutions » psychiques les moins coûteuses. Il est essentiel qu'il puisse se réapproprier ce qui lui advient et redevenir « sujet d'une parole » là où il pouvait se trouver réduit à n'être qu'un corps-organisme et instrumentalisé comme objet de soins, d'exams, et parfois de recherches. Ceci est important et essentiel aussi du fait que, dans la relation transférentielle et l'expérience de parole où peuvent trouver espace et lieu cette souffrance, ce travail, cette réappropriation, le sujet peut en venir à s'avancer à la rencontre de ce qu'il est, de ce qui le constitue en sa vérité, en son être.

Toute rencontre « au lit du malade » n'ouvre pas au possible de l'entretien clinique. Mais lorsque la rencontre s'organise en entretien(s) clinique(s), la relation d'interlocution instaurée peut engager, par-delà l'observation et l'évaluation de la situation concrète que l'entretien clinique implique, aussi bien la dimension et la fonction de présence et de soutien « *hic et nunc* » que peut avoir celui-ci pour nombre de sujets que, dans d'autres cas, la possible entame dans ce contexte d'un travail d'ordre analytique (aussi limité soit-il), lequel parfois se poursuivra ailleurs dans le cadre d'une psychothérapie, voire dans celui d'une analyse.

On peut concevoir, au regard de ce qui a été avancé jusqu'ici, que soit légitime et de la responsabilité (professionnelle et éthique) du clinicien l'offre de rencontre et d'entretien qu'il peut faire à chaque sujet hospitalisé, quels que soient sa pathologie et son état, et que cela lui soit demandé ou pas par l'équipe médicale. Ceci implique l'autonomie du clinicien dans son travail (décision de rencontre, modalités d'intervention, etc.), dans le dialogue et la co-responsabilité avec les équipes médicales. C'est une question d'importance car là se jouent aussi les conditions de sa pratique et les possibles de l'entretien clinique.

Sur la base des conceptions et des positions avancées jusqu'ici est rencontrée Mme M. qui est hospitalisée en service de chirurgie orthopédique. Mme M. est arrivée dans ce service depuis deux jours. L'équipe de soins qui m'informe des nouvelles hospitalisations raconte, suite à mes questions, que cette femme, jeune encore, est fracturée du bassin et a été amputée d'un pied, conséquence d'un accident de voiture, que cela va au mieux physiquement compte tenu des dégâts corporels, que parfois elle pleure, mais « *avec ce qui lui arrive on peut le comprendre* ». Comme je le faisais autant que possible pour les nouveaux hospitalisés dans les services où j'intervenais, je vais me présenter à Mme M., lui indique ma fonction, le fait que je viens ce jour pour

l'informer de ma présence dans ces lieux, ce qu'elle ignore peut-être puisqu'elle est nouvellement hospitalisée, et que je peux être disponible pour elle si elle le souhaite. Elle s'étonne que je passe « *voir tout le monde* », dit qu'elle n'a jamais rencontré de « *psy* », qu'elle n'en a jamais eu besoin, qu'elle a des ami(e)s, un compagnon. Elle dit que ce qui lui arrive (elle fait le geste de montrer son corps), un « *psy* » n'y peut rien. Elle parle alors de l'accident puis revient sur son corps, regarde en direction du bassin et des pieds, pleure doucement et dit : « *comment je vais faire maintenant avec ça ?* », ce sur quoi elle poursuit en ravalant ses larmes « *mais ne restez pas debout, il y a une chaise là, de toute façon je ne peux plus me sauver...* » Tout en approchant la chaise je remarque : ce qui vous arrive est difficile et vous ne pouvez pas bouger, mais c'est curieux de dire « je ne peux *plus* me sauver »..... Mme M. reprend, d'abord un peu agacée, presque fâchée : « *Eh bien oui, je ne peux pas me sauver, vous voyez bien !* (petit silence) *je ne peux plus me sauver c'est vrai aussi* (petit silence), *comment je vais faire avec ça ?* »

Dans l'entretien clinique, donner lieu et espace de paroles à la singularité d'un sujet, de son histoire, suppose, cela a été évoqué, une certaine disposition d'attention et d'écoute de ce qui se dit, de ce qui se donne à entendre dans ce qui s'énonce. Cette position implique de ne pas orienter l'entretien et de ne pas rabattre le discours sur l'événementiel de l'accident (ou de la maladie) et de ses conséquences, où peut se fermer la parole que le clinicien prétend ouvrir pour le sujet. Ici avec Mme M, irait dans cette pente méconnaître ce « je ne peux *plus* me sauver » qui lui vient, et rabattre ce qui s'énonce là sur la seule réalité matérielle et physique (ne pas pouvoir se sauver/bouger).

Remarquer ce « je ne peux *plus* me sauver », et qu'elle le relève en l'entendant, ouvre au travail du signifiant et à la vacillation du sens d'un « *pas se sauver* » et d'un « *plus se sauver* » où on peut penser que quelque chose du désir et de la position de Mme M. sont en jeu. De quoi Mme M. ne peut pas/plus se sauver ? Par-delà la réalité de son état physique et de ses conséquences concrètes, n'est-ce pas ce dont elle ne « peut pas/plus se sauver » qui aussi la porte à demander/se demander : « *Comment je vais faire avec ça ?* »

Lors de cette rencontre, qui peut-être aurait pu rester unique, le passage d'un début de dialogue (qu'on peut dire conventionnel – compte tenu de la situation) à une forme de réponse à l'offre de parole et d'écoute (invite à m'asseoir, et partant à rester, à prolonger ma « visite », notre rencontre), mais aussi à l'expression d'une parole singulière donnant à entendre notamment ce « *ne pas pouvoir/ne plus pouvoir se sauver* » qu'elle reprend et qui résonne, associé dans son discours, avec ce « *comment je vais faire avec ça* », ouvre à l'entretien clinique. C'est dans le fil de ce qui vient de se dire et qui, dans tous les sens de l'expression, « reste entre nous », que je propose à Mme M. qu'on prenne du temps « pour parler de tout ça » et qu'on se

rencontre à nouveau. Un accord est trouvé sur une heure de rendez-vous le lendemain dans sa chambre. Elle me fera prévenir si ce n'est pas possible pour elle.

2.2 Instauration de l'entretien clinique : cadre, dispositif et position clinique. Séquence d'un entretien avec Mme M.

Selon les services hospitaliers et l'état physique des sujets hospitalisés, les situations cliniques plus ou moins difficiles et extrêmes nécessitent souvent, outre des aménagements techniques ou matériels, la coopération active et concertée de l'équipe soignante, ne serait-ce que ne pas faire intrusion intempestive pour un soin corporel qui aurait pu attendre, en somme favoriser autant que faire se peut le travail du clinicien et en respecter l'espace et le temps. Remarquons à ce propos qu'il se dit que la durée de l'entretien clinique peut être variable, non « calquée sur les 45 minutes ». Où on voit l'analogie formelle et chronométrique entre séance analytique (ramenée à un temps d'horloge) et entretien clinique. Au lit du malade, la durée c'est d'abord celle qui est possible pour l'hospitalisé en fonction de son état et celle du plus ou moins supportable pour le clinicien : par exemple, faire face à un sujet dont le corps peut avoir sur le clinicien des effets médusants (telle une sidération de la pensée), ne va pas de soi. Ce qui est important ici, et en particulier dans les situations où il peut toucher, psychiquement, ses propres limites, ce n'est pas de savoir combien de temps dure l'entretien, mais si le clinicien peut s'y engager et pourra en soutenir l'enjeu, s'il ne va pas être débordé et/ou se dérober (résistances, contre-transfert) et pourra renouveler, parfois de jour en jour, l'offre de parole qu'une première fois il a faite en venant « au lit du malade ».

Le clinicien à l'hôpital, et en particulier « au lit du malade », doit sans cesse composer psychiquement avec un réel qui s'impose et aménager ou construire le cadre et le dispositif d'entretien. D'une certaine manière, on peut dire qu'ici, dans ce genre de contexte et de situation, c'est la position clinique du clinicien qui va « cadrer » et instaurer le dispositif : soit l'énonciation du cadre de l'entretien dans celui du médical et l'énonciation des règles de rencontre et de travail qui y président. En ce sens, cela implique aussi bien de tenir la parole que le clinicien est venu proposer et qui fait que dès lors, souvent, le sujet va attendre quelque chose de sa venue, de sa présence (être écouté, être soutenu, être supporté par quelqu'un, etc.), que de tenir parole : en somme un engagement. Ainsi, concrètement, par exemple, pouvoir dire à un sujet, demain, après-demain, à tel moment de la journée nous aurons rendez-vous et ne pas « oublier » ce rendez-vous ou le « repousser » plusieurs fois à l'aide, forcément, de bons prétextes. Ceci est

aussi important que d'énoncer la règle de la parole dans l'entretien clinique, par principe non directif (et sans enregistrement ou prise de notes) : dire « librement », autant qu'on le peut, ce qui occupe la pensée (analogie ici avec la règle fondamentale de la psychanalyse et de celle de l'association libre).

Mme M. n'a pas annulé ou différé le rendez-vous dont nous étions convenus. Moi non plus. Lorsque j'entre dans sa chambre (elle y est seule encore), Mme M. a les yeux rouges et brillant de larmes. Je l'invite à en parler. Elle raconte la douleur du corps et des soins, la peur de l'avenir, ce qu'elle ne pourra plus faire comme avant, qu'elle est « *toute cassée* », qu'elle n'a plus de pied, que le pied est coupé, que cela lui fait peur. Et puis hier soir, poursuit-elle, son compagnon est venu la voir, maintenant avec lui, « *comment elle va faire ?* ». Elle fond alors en larmes. Je l'invite à parler de cette visite d'hier soir. Une visite qui semble la laisser dans le chagrin et le désarroi et dont je note (en pensées) qu'elle vient se parler après « *toute cassée* » et la peur du « *pied coupé* » que j'associe (toujours en pensées) au « *pas/plus pouvoir se sauver* » lié dans sa parole, lors de notre première rencontre, au « *comment je vais faire maintenant avec ça ?* ».

Elle dit, comme en réponse à mon invitation à parler de la rencontre d'hier avec son compagnon : « *je n'ai pas d'enfant, maintenant avec mon bassin (lieu matriciel/maternel ?) et sans pied, c'est difficile, est-ce qu'il voudra encore ?* » (de moi ? d'un enfant ?), « *vous avez des enfants, vous ? Moi longtemps je n'en ai pas voulu à cause de ma mère et maintenant avec ça...* ». Je relève : « *à cause de ma mère...* ». Elle poursuit : « *oui, j'ai avorté deux fois avant, je ne me voyais pas mère, les enfants sont dépendants, on s'attache* » (elle ? eux ?, mère et enfants liés ensemble ?), « *avec ma mère c'est comme si je restais dans l'enfance, avec mon père ils ont divorcé, elle m'a élevée seule, je suis partagée, comment un enfant peut choisir entre père et mère ?* »... « *je n'arrive pas à dire non à ma mère, à m'en séparer, impression de traîner comme un boulet des liens qui n'ont pourtant plus d'existence* » (mère/boulet/« boulet au pied » dont on ne peut pas/plus se sauver ?), « *longtemps c'est comme si j'avais pas voulu choisir, je ne voulais pas être une femme, je reste partagée entre ce que je peux faire et ne pas faire avec ma mère, c'est pareil avec mon ami...* ». Je l'invite à illustrer et développer ce qu'elle dit.

Cet entretien va se poursuivre et sera suivi d'autres entretiens « au lit du malade », puis en consultation dans mon bureau où se continuera un travail psychothérapeutique d'ordre analytique. Dans une situation et une adresse de transfert – où je viendrai, comme dans cet entretien, en place de mère ou de fille, mais aussi en place de père et de « médecin de l'âme » –, ils conduiront Mme M. à se saisir peu à peu de ce qui déjà ici se fait en partie entendre et que l'événementiel de l'accident, outre son potentiel traumatique propre, s'est avéré propice, si l'on peut dire, à aviver et actualiser. Comme on peut l'appréhender dans la séquence ci-dessus, identifications, problématiques

narcissique, identitaire et sexuelle, castration et individuation/séparation en particulier, viennent se tisser dans la parole de Mme M. et au fil de son déploiement. Les mouvements transférentiels et contre-transférentiels, d'identifications et de projections du « clinicien/clinicienne », on peut le concevoir, ne sont pas négligeables à repérer, c'est aussi avec cela qu'il/elle travaille, est en travail. Ainsi avec Mme M., pour autant, par exemple, que l'incestuel de la relation mère/fille (« ce que je peux faire et ne pas faire avec ma mère ») vienne rejoindre fantasme et désir infantile, que « pied coupé » touche par trop le narcissisme et vienne rejoindre la problématique de la castration et son imaginaire corporel (femme châtrée = pénis/pied coupé = enfant pas séparé/avorté), il n'est pas sans importance qu'il/elle en repère les impacts. Ce peut être là ce qui opère, sous couvert de rationalisations (résistance, refoulement), par exemple et entre autres, dans sa difficulté à trouver du temps pour les rendez-vous ou en maintenir le cadre.

CONCLUSION

L'offre faite par le clinicien « au lit du malade » et qui peut ouvrir au possible d'une demande du sujet qui vient en réponse est, on l'a dit, offre de parole et d'une certaine forme d'écoute, dans des lieux où les soins, la pathologie organique, et parfois le risque vital, semblent ne pouvoir laisser place à rien d'autre que la réparation ou le sauvetage d'un corps. C'est « l'habitant » d'un corps (organisme) malade ou blessé qui est aussi corps de parole, corps de désir et de jouissance, c'est un sujet, un « parlêtre » (Lacan) indissociablement « corps et *psyché* » qui ici conduisent son intervention. Il n'est pas pour autant indifférent aux pathologies et réalités corporelles, aux épreuves et à la souffrance physique des sujets qu'il rencontre, à la menace vitale qui peut peser. Il a à faire avec, parfois difficilement. Les limites psychiques propres du clinicien (comme d'ailleurs celles de chacun de l'équipe médicale) sont mises à rude épreuve dans des situations, en bien des cas extrêmes, qui nécessitent chaque fois alors d'évaluer les possibles de la pratique clinique, c'est-à-dire aussi d'évaluer les possibles, pour le clinicien, de son engagement. Le dispositif d'entretien clinique dans ces situations, ce qui l'aménage matériellement et symboliquement, comme le travail psychique du clinicien et du sujet qu'il rencontre, sont ici souvent étroitement lestés par le poids du réel auquel l'un et l'autre, différemment, se confrontent. C'est aussi avec cela que le clinicien « au lit du malade » travaille et qu'il s'engage avec des sujets dans une relation de parole et d'écoute qui n'a pas pour finalité que le malade « s'adapte » à sa maladie, aux soins ou aux soignants, mais qu'un sujet puisse se trouver conforté et se saisir de ce qui lui advient, à

quoi il se confronte (interne/externe) qui le met en souffrance, parfois en péril, et qu'il trouve au mieux *sa* solution, *sa* réponse.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELHAUSER A. (1996). « Clinique de la “suture” et symptôme de la médecine », *Psychologie clinique*, Paris, L'Harmattan, 1, 113-126.
- BEN SOUSSAN P. (dir.) (2005). *Des psys à l'hôpital : quels inconscients !*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- CYSSAU C. (dir.) (1998). *L'Entretien en clinique*, Paris, In Press éditions.
- DEL VOLGO M.J. (1997). *L'Instant de dire*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- DESPRATS PÉQUIGNOT C. (1999). « D'un corps à l'autre/Autre – Quelques réflexions sur un cas de replantation de bras », *Cliniques méditerranéennes*, 61, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 23-35.
- DESPRATS PÉQUIGNOT C. (2001). « Patronyme et filiation : questions sur l'incidence subjective de leur rapport chez la fille », *Cliniques méditerranéennes*, 64, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 123-156.
- DESPRATS PÉQUIGNOT C. (2004). « Corps extrêmes, corps d'enfance : prouesses de la chirurgie réparatrice et de la parole de conte de fées », *Champ psychosomatique*, 34, Le Bouscat, L'Esprit du temps, 109-119.
- FÉDIDA P. (1992), *Crise et contre-transfert*, Paris, PUF.
- MIETKIEWICZ M.C., BOUYER S. (dir.) (2003). *Où en est la psychologie clinique ?*, Paris, L'Harmattan.

Chapitre 7

L'ENTRETIEN CLINIQUE AVEC UN SUJET ATTEINT DE SURDITÉ

Nous parlons et tu ne parles pas, semblait lui dire tout ce monde ; nous écoutons, nous rions, nous chantons, nous nous aimons, nous jouissons de tout ; toi seule ne jouis de rien, toi seule n'entends rien, toi seule n'es ici qu'une statue, le simulacre d'un être qui ne fait qu'assister à la vie.

A. de Musset, « Pierre et Camille », *Œuvres complètes en prose*, Paris, Gallimard, 1843.

À partir de la présentation et de l'analyse d'un entretien clinique avec un sujet psychotique et sourd, je tenterai d'envisager la singularité d'une rencontre avec un sujet privé des perceptions sonores et de l'usage de la langue vocale, dans la particularité de l'écoute et de la communication qu'elle suscite, qui est transférée dans un registre de signifiants visuo-gestuels.

Comment un sujet peut-il se faire entendre et être entendu sans les mots de notre langue ? Telle est l'interrogation qui guidera le cheminement de notre réflexion.

1 PRÉSENTATION DU CADRE DES ENTRETIENS CLINIQUES

Ma rencontre avec Victor s'origine dans une demande qui m'a été faite par la psychiatre qui le suivait alors dans l'unité de soins du secteur de psychiatrie dans laquelle il était hospitalisé. J'ai été contactée en raison de ma connaissance de la langue des signes, et j'ai eu le sentiment que la demande et l'attente institutionnelles sous-jacentes étaient de tenter d'entendre quelque chose à ce que Victor donnait alors à voir de manière bruyante dans la répétition d'agirs et de passages à l'acte violents sur certains patients et soignants,

et dans une aggravation de son diabète qui faisait craindre pour sa vie. J'ai donc rencontré Victor dans ce temps de crise et d'effolement.

Dans la mesure où Victor n'utilisait pas la langue vocale et utilisait des signes pour s'exprimer, les soignants qui le prenaient en charge étaient alors en difficulté pour parvenir à communiquer avec lui. Plusieurs tentatives avaient été entreprises pour intégrer un interprète en langue des signes française dans le cadre des entretiens médicaux, mais les interprètes avaient fait part de leur difficulté à traduire ce que Victor leur formulait, notamment en raison de la déliaison à l'œuvre dans sa manière de s'exprimer, liée à sa psychose et à l'existence d'un délire persécutoire actif.

J'ai proposé dans un premier temps de recevoir Victor pour deux ou trois entretiens avec la psychiatre et l'infirmier référent afin d'explorer et tenter d'imaginer l'aménagement d'un dispositif d'entretiens qui serait adapté, et qui tienne compte de sa surdité et de sa psychose.

Je garde de ces premiers entretiens qui se sont déroulés il y a quatre ans le souvenir d'une grande difficulté à saisir le sens de ce que Victor exprimait au travers de son corps et d'une gestualité très abondante, véritable mélange de gestes et de signes dans un flot presque continu. Je me rappelle aussi m'être demandée ce qui, dans ce déferlement de signes, de gestes ou de « signes-gestes », m'était adressé, et ce qui ne l'était pas.

Mais parallèlement à ces premières impressions, j'avais aussi perçu et ressenti un désir immense chez Victor de s'exprimer et d'être entendu et compris, Victor étant très en lien par le regard.

À l'issue de ces entretiens j'ai proposé à Victor la mise en place d'entretiens hebdomadaires, d'une durée d'une demi-heure avec les deux soignants référents, avec la perspective de tenter d'entendre ce que Victor avait à dire et à communiquer de ses éprouvés et de ce qui se déroulait à l'intérieur de lui.

Cette proposition véhiculait alors l'espoir de parvenir à sortir de cette impasse mortifère dans laquelle il était enfermé, impasse du corps et du pulsionnel qui n'a plus de limites et de contenant. Cet espace d'entretiens cliniques constituait alors un premier contour et contenant permettant d'accueillir ce qu'il avait à nous dire et de trouver un sens à sa parole.

La participation de la psychiatre et de l'infirmier référent à ces entretiens me paraissait alors nécessaire pour pouvoir interpréter ce que Victor exprimerait en le reliant à sa vie dans le service, avec l'idée que la mobilisation de leur investissement de ce patient favoriserait un travail psychique de réinvestissement de lui-même.

Dans l'après-coup, il me semble que ce dispositif d'entretiens à plusieurs avec des soignants ayant des fonctions différenciées rend possible peut-être la mise en place d'une sorte d'écoute plurielle, en miroir au mode d'expression et de communication de Victor utilisant à la fois son corps, les gestes, les signes, de manière tantôt extrêmement condensée, tantôt de manière

déliée, véritable puzzle ou rébus à construire à partir d'un « bombardement » de gestes et de signes.

Le cadre de ces entretiens s'est modifié au fil du temps : après le départ de l'infirmier référent de Victor, j'ai continué les entretiens avec la psychiatre, puis Victor a pu intégrer une unité de réhabilitation psychosociale à sa création, unité qui est située à l'intérieur de l'hôpital.

Depuis son installation dans cette nouvelle unité, les entretiens se sont poursuivis dans le cadre de la chefferie du secteur, un peu à distance de l'unité dans laquelle il vit. Les entretiens se déroulent chaque semaine et durent une demi-heure. Comme j'exerce dans des structures de soins extra-hospitalières, je viens de l'extérieur de l'hôpital, alors que la psychiatre vient de l'intérieur.

Victor est accompagné aux entretiens par un soignant ou un éducateur de son unité, et repart seul. Bien qu'il soit accompagné à ces entretiens, il lui arrive d'être absent en se rendant suffisamment invisible ou introuvable à l'heure de sa séance.

Lors des entretiens, il y a toujours des feuilles et un crayon à disposition sur le bureau et il arrive parfois que je propose à Victor d'écrire ce que je ne parviens pas à saisir dans ses signes, ou alors il se saisit spontanément de ce support.

Entre les séances, Victor vient parfois s'installer dans la salle d'attente de la chefferie, puis repart.

Victor est un homme de taille moyenne, d'une grande maigreur. Sa démarche est dégingandée et il semble que son corps soit toujours en mouvement, avec ses bras, ses mains ou ses jambes qui s'agitent de manière désarticulée.

Victor passe beaucoup de temps en dehors de son unité, il déambule souvent dans le parc de l'hôpital.

De sa présentation corporelle, il se dégage une grande fragilité comme s'il pouvait se casser ou se briser au moindre coup.

Né dans la ville de Lyon, il est aujourd'hui âgé de 61 ans. Bien qu'il ait l'air plus jeune, il a des marques physiques de son âge, notamment la présence de cheveux blancs. Il porte également une barbe.

Nous connaissons peu de choses de l'histoire de Victor, celui-ci ayant passé toute sa vie dans des institutions, les traces de ses passages dans ses différentes « familles de substitution » se sont perdues ou égarées, et à la lecture de son dossier, bien que très volumineux, j'ai été frappée par le vide de traces écrites sur son histoire passée, véritable absence d'inscription de l'origine et des éléments de base de son existence.

De ses premières années de vie, nous savons que : Victor est un enfant pupille de l'État, élevé dans un orphelinat de l'Assistance publique. Sa surdité aurait été diagnostiquée vers l'âge de 4 ans, et suite au dépistage de celle-ci, il aurait été accueilli dans une institution spécialisée pour enfants

sourds. Sa surdité est une surdité de perception bilatérale qui serait congénitale et profonde. On peut imaginer qu'il a eu l'occasion d'apprendre les rudiments de la langue des signes dans les institutions spécialisées qui l'ont accueilli au cours de son enfance.

Victor n'a aucune famille connue, et nous ne savons rien des circonstances dans lesquelles il s'est retrouvé orphelin après sa naissance et a été placé dans un orphelinat de l'Assistance publique. Il a passé une grande partie de son enfance dans un foyer pour enfants situé dans la périphérie lyonnaise.

Il est hospitalisé une première fois en secteur adulte en raison de troubles du comportement, alors qu'il est âgé de 18 ans.

Suite à l'agression violente avec un verre du directeur de son foyer et de plusieurs fugues de son foyer et de l'hôpital, il est envoyé dans une « Unité pour Malades Difficiles » située dans le Nord-Est de la France en juin 1968. Il ne quittera cette unité que dix ans plus tard, avec l'idée qu'il aurait été « oublié » dans ce lieu. Il est hospitalisé à nouveau à sa sortie.

Durant ces dix années, il décompense un diabète insulino-dépendant découvert en 1972.

Il est par la suite hospitalisé très régulièrement, avec des tentatives de placement en foyer de vie qui échouent, notamment en raison d'un déséquilibre grave de son diabète qui met en danger sa vie.

En janvier 1991, Victor est admis dans un foyer de vie accueillant des adultes sourds et présentant des troubles psychiques ou des handicaps associés dans le contexte de l'ouverture du Foyer situé à Lyon. Il a vécu dix années dans ce foyer, avec des périodes d'hospitalisation plus ou moins longues. Victor en est expulsé définitivement en juillet 2001.

Les hospitalisations successives de Victor sont toujours demandées en raison de troubles du comportement se traduisant par de l'agitation et de la violence à l'égard de membres du personnel et des résidents du foyer. Mais il semble que ce que Victor ait manifesté répétitivement de sa souffrance au travers de son corps et de son comportement soit toujours resté incompris.

Victor est mis sous tutelle au cours de l'année 1987 et perçoit l'Allocation Adulte Handicapé.

Dans son dossier médical, il est signalé l'existence d'épisodes anorexiques jusqu'à un état cachexique, et l'apparition d'une obésité alors que Victor était âgé de 39 ans.

Le suivi médical de son diabète occupe par ailleurs une grande place, avec une surveillance médicale rapprochée en raison du risque de malaises et de comas hypoglycémiques ou hyperglycémiques faisant craindre pour sa vie.

Au cours de ses hospitalisations, Victor a eu l'occasion de porter des prothèses auditives, mais qu'il n'a jamais pu garder. Actuellement, il n'est plus appareillé. Il sait lire et écrire même si ses phrases sont peu construites,

et lit également sur les lèvres. Il n'oralise absolument pas mais émet parfois des sons.

Il est toujours suivi sur le plan médical pour son diabète qui implique une surveillance deux fois par jour avec la mise en place d'un protocole insuline adapté. En raison de son diabète, Victor souffre d'une polynévrite des membres inférieurs se traduisant par une hyposensibilité au niveau de ses sensations corporelles.

2 EXPOSÉ D'UN ENTRETIEN CLINIQUE AVEC VICTOR

Lorsque j'arrive ce jour, Victor est installé seul dans la salle d'attente, et nous allons avec le Dr A. dans le bureau. Je dis à Victor (je parle et signe en même temps lorsque je m'adresse à lui) qu'il est venu lundi, j'ai en effet été contactée le lundi précédent sur mon lieu de travail car Victor m'attendait pour le rendez-vous. Victor ne semble pas m'écouter, il me montre le journal qu'il tient dans ses mains et qu'il a apporté, il s'agit du journal *20 Minutes* distribué gratuitement dans le métro. L'équipe nous a transmis un courrier comme elle le fait parfois pour donner des nouvelles de Victor, notamment lorsqu'il y a eu des événements particuliers. Je le lis avec Victor. Il est question dans ce courrier de son état de somnolence en ce moment en lien notamment avec son diabète. Je lui demande comment il se sent. Il fait le signe du « *diabète* » puis signe qu'une personne veut le tuer (mélange de gestes et de signes qui désigne une personne qui lui tire dessus avec un pistolet à l'arrière de sa tête), « *quelqu'un de sale* » (il signe que cette personne sent mauvais), et signe qu'il repousse cette personne, qu'il ne veut pas avoir de contact avec elle (il fait le geste avec la main de repousser cette personne et de l'éloigner de lui). Je lui demande s'il se sent fatigué en ce moment, il me répond que oui. Il signe qu'il boit beaucoup (il signe qu'il boit beaucoup d'eau), et qu'il a très soif. Je traduis alors ce que le Dr A. veut lui dire, à savoir que son besoin de boire est lié à son diabète. Je traduis la question du Dr A. à Victor qui lui demande comment vont ses yeux, Victor a été en effet opéré de la cataracte à son œil droit un mois auparavant. Il signe qu'il n'a plus le bandeau sur son œil, et nous montre l'intérieur de son bras qui porte la marque d'un hématome, et signe « *une piqure* ». J'en déduis qu'il s'agit de l'anesthésie qu'il a eue lors de son opération. Victor me montre son journal, et semble désirer en parler. Il commence à le feuilleter page après page, et tout en montrant une image à chaque page, il signe très rapidement des choses qui ne me semblent pas correspondre aux images du journal. Je ne parviens pas à bien saisir tous ces signes, mais il répète quelque chose que je traduis comme ceci : « *tuer (ou se faire tuer) avec un pistolet* », avec une tonalité persécutoire qui se dégage de son discours. En associant des gestes et des signes, il évoque une





personne qui surgit dans son dos et qui le menacerait avec un pistolet au niveau de sa tête. Son regard et les mimiques de son visage expriment dans le même temps de l'angoisse et une menace face à un danger. Il fait aussi des mouvements avec ses yeux comme s'il regardait et surveillait ce qui se passe derrière lui. Victor n'est plus alors dans l'échange avec moi, il ne nous regarde plus, ne nous montre même plus les images de son journal, et en le regardant j'ai le sentiment qu'il est enfermé dans son monde imaginaire, dans une sorte de soliloque. J'ai aussi le sentiment de ne plus être en relation avec lui, comme s'il était dans un repli extrême qui m'évoque une position autistique. Ce que Victor signe m'apparaît tellement confus que je ne saisis plus que des fragments de signes et de phrases « au vol ». Je pense alors que ce qu'il est en train de signer correspond à des productions hallucinatoires et délirantes, notamment l'expression d'un délire persécutoire trop confus pour que j'en comprenne le sens précis. Au bout de quelques minutes et des tentatives restées vaines pour entrer en relation avec lui, je lui demande si une image plus particulièrement a retenu son attention. Il semble m'écouter à nouveau (il sort la tête de son journal, et me regarde en étant présent et réceptif à ce que je peux lui dire), il pose le journal sur le bureau, puis m'indique précisément une image. Il s'agit d'une image en couleurs représentant une tête avec un crâne rasé et disproportionné par sa taille par rapport au reste du visage, d'immenses yeux ouverts, et une main posée sur le menton, en dessous de la bouche avec deux doigts qui pourraient faire penser à un signe de la langue des signes. À côté de ce visage, une question : « Seuls dans l'univers ? » Je suis saisie quand je vois cette image, en particulier par le côté extraterrestre de cette tête, et ses yeux immenses qui expriment une grande détresse. Il me signe quelque chose que je ne parviens pas à comprendre dans un magma de gestes et de signes qu'il exprime avec une telle rapidité que je ne parviens pas à les saisir et à les différencier, je vois ses mains bouger et s'agiter mais sans pouvoir en saisir la signification. Une phrase se détache alors de ce qui m'apparaît comme confus, Victor signe avec précision un visage avec de très grandes oreilles (comme des oreilles d'éléphant, mais dans sa manière de signer il signe plutôt « *des oreilles qui s'agrandissent* »). Ses gestes et ses signes sont précis. Il s'empare du crayon et d'une feuille et dessine alors un visage avec des yeux, une bouche et deux grandes oreilles (disproportionnées par leur taille) et ajoute des boucles d'oreilles à chaque oreille. Puis, très vite, il tourne la page du journal et me montre une autre image, celle d'une femme qui marche dans la rue. Il signe alors en la désignant qu'elle est gentille et « *jolie* », et quelque chose que je traduirai comme « *j'aimerais avoir une femme comme elle* » (Victor évoque très souvent dans les entretiens son souhait de se marier avec une femme qu'il exprime avec le signe qui désigne le verbe « *se marier* », en référence à l'alliance portée au doigt). Il signe alors qu'il n'entend pas, qu'il ne peut pas parler (il imite une personne qui parle en mimant une bouche en train de bouger), et me montre à nouveau la seconde image de la femme. Je relie ce qu'il me signe à ce moment-là à la première image et son dessin, et je lui dis qu'il aimerait bien pouvoir parler et entendre comme cette femme sur l'image. Il acquiesce et signe alors qu'il se sent triste (le signe tristesse est clair). Son visage s'est assombri, et Victor a exprimé sur son visage une grande tristesse. J'ai ressenti une grande détresse à ce moment-là, et une émotion très vive. Il a ensuite





signé qu'il était fort et a commencé à s'agiter dans un mouvement d'excitation maniaque. Il a montré ses oreilles, puis son bras où il avait eu une piqûre. J'ai pensé alors à son diabète et son opération de la cataracte, et je lui ai dit que peut-être en ce moment depuis son opération et en raison de son diabète il pouvait se sentir affaibli et moins fort que d'habitude. Il a alors signé qu'il voudrait se marier avec une femme et a montré une autre image du journal représentant deux femmes assises sur un banc à côté d'un homme. Lors de l'entretien précédent, Victor avait beaucoup parlé de son désir de se marier. J'ai aussi dit à Victor qu'il pouvait se sentir triste et aussi isolé quand il ne se sent pas compris par les autres ou qu'il n'arrive pas à comprendre ce que les autres disent. Victor m'a dit « oui » et était au bord des larmes. Il a commencé à sortir des choses cachées dans ses poches d'habit, comme s'il voulait encore nous montrer d'autres choses. Il a notamment sorti le carton de rendez-vous de ce jour, et je lui ai dit qu'il avait peut-être encore envie de nous montrer d'autres choses mais que c'était l'heure. Il a souhaité ranger le journal qu'il avait apporté dans la pochette dans laquelle nous conservons ce qu'il apporte parfois aux entretiens, puis a sorti un peigne de l'une de ses poches et s'est recoiffé en nous regardant avec un grand sourire, en montrant l'image de la femme. Je lui ai dit qu'il avait envie de se faire beau, il a acquiescé, avec un grand sourire à la fois de satisfaction et de séduction. Après lui avoir écrit sur un carton le prochain rendez-vous, qui est le rituel de chaque fin d'entretien, nous nous sommes dit au revoir.

3 ANALYSE DES PARTICULARITÉS D'UN ENTRETIEN AVEC UN SUJET SOURD

Je vais à présent tenter d'analyser le travail de liaison et d'élaboration à l'œuvre durant cet entretien avec Victor à partir de ce qu'il m'adresse dans un registre langagier visuo-gestuel constitué de signes appartenant à la langue des signes, de gestes et à partir des images extraites du journal qu'il a apporté lors de cet entretien. Victor apporte régulièrement des objets aux entretiens (un nounours, un livre, un collier ou un bracelet...).

Je tenterai aussi d'analyser la singularité de cette écoute qui n'est pas celle d'une écoute des signifiants verbaux mais de signifiants non verbaux, que je nommerai des signifiants visuo-gestuels.

3.1 Fonctions psychiques de l'image

Au début de l'entretien, alors que Victor évoque un objet persécutoire (une personne le menaçant avec un pistolet) et les piqûres qu'il a eues dans son

bras, j'ai le sentiment qu'il parle de ce qui l'intruse et le pénètre du dehors dans une tonalité persécutoire. Victor signe vite et de manière continue, contre-transférentiellement je me sens « bombardée » par tous ces signes et ces gestes avec la perception que mon écoute est « saturée », débordée, comme si l'enveloppe pare-excitatrice était percée.

Il se replie ensuite dans un soliloque qui reste pour moi impénétrable. S'instaure alors une véritable coupure entre lui et nous, où je me sens mise à distance, comme mise au-dehors. Contre-transférentiellement je ressens une grande impuissance à la fois à entrer en contact avec lui et à comprendre ce qu'il signe. Je ferai l'hypothèse que ce que Victor signe et exprime plus largement dans ses gestes concerne des productions hallucinatoires et délirantes, revêtant alors le caractère d'une confusion hallucinatoire qui se donne à voir et à entendre dans une confusion de signes et de gestes indifférenciés.

Je peux à nouveau entrer en relation et en communication avec lui lorsqu'il s'arrête sur une image et me la montre. À partir de ce moment-là de l'entretien, les signes formulés par lui deviennent plus distincts, plus clairs et je parviens à nouveau à le comprendre. J'ai aussi le sentiment que Victor s'adresse à moi, il me regarde et me demande de regarder l'image qu'il me tend.

Cet objet qu'il apporte (le journal et les images qu'il va en extraire) me paraît recouvrir une signification particulière et une potentialité symboligène que je vais tenter d'analyser à présent.

À partir de la première image que j'associe à celle d'une tête d'extraterrestre, et du dessin que Victor produit ensuite, il évoque sa surdité, l'impossibilité pour lui d'entendre avec ses oreilles et de parler avec sa bouche. Il associe sur une seconde image figurant une femme (qu'il qualifie de « *jolie* » en signe). Émerge alors un affect de tristesse que Victor peut reconnaître et nommer (le signe « *triste* » est clairement formulé), et que j'ai ressenti contre-transférentiellement de manière très forte.

Victor peut à ce moment-là éprouver un mouvement dépressif qui renvoie à l'angoisse de perte de l'objet et à l'expérience de perte que constitue la surdité.

J'ai le sentiment que Victor, après avoir exprimé un vécu persécutoire, devient inaccessible et que je ne peux plus être en lien avec lui et communiquer avec lui. Il ne nous regarde plus (dans un regard adressé), ses gestes et ses signes restent énigmatiques pour moi, il y a une accélération d'ailleurs dans sa manière de signer, il signe et fait des gestes sans s'arrêter. J'essaie d'écouter et d'accueillir ce qu'il exprime dans ce qui m'évoque un mouvement projectif nécessaire, avant qu'il puisse à nouveau être en lien avec moi, un lien qui passe par le regard et la possibilité pour moi de le comprendre.

Je considérerai que Victor me fait d'abord éprouver et ressentir par la projection et l'identification projective son expérience d'une incommunica-

bilité et d'une incompréhension, qui se traduit à la fois par une perte de sens et de lien, et par un sentiment d'impuissance. Il peut ensuite exprimer en signes et en gestes son impossibilité à entendre et à parler, dans un mouvement dépressif en s'étayant sur l'image du journal. Ce passage de l'entretien constitue un moment de subjectivation déterminant, dans la mesure où Victor peut exprimer un affect dépressif lié à sa surdité et à sa solitude, et évoquer ce qui lui manque.

Je considérerai que le journal et les images qu'il nous apporte fonctionnent comme ce que G. Gimenez (2006) a proposé de nommer « des objets de relation », objets intermédiaires qui ont une potentialité transitionnelle en relançant un possible travail de liaison intrapsychique et intersubjective.

J'ai été saisie en voyant la première image, dans un vécu qui s'apparenterait à une impression d'effroi. J'ai été touchée par la détresse qui se dégageait du regard de cette étrange tête, et l'image interne que j'ai associée à celle-ci est celle d'une tête d'extraterrestre, figure « hors terre, hors humain et hors langage ». Figure de l'étranger et de l'étrangeté qui tour à tour fascine ou effraie, figure sans origine connue et commune et dont la langue est inconnue.

Cette image apportée par Victor du dehors qui a le statut d'un objet externe enclenche une dynamique associative et symboligène à la fois en moi et pour Victor. Je peux en effet associer cette image à une image interne, celle de l'extraterrestre, et il peut de son côté signer et associer dans un registre visuo-gestuel de manière plus distincte, qui rend compréhensible pour moi ce qu'il m'adresse.

Cette image externe figure l'expérience d'isolement et d'étrangeté que Victor vit dans sa relation avec le monde marquée par sa psychose et sa surdité. Les mots écrits à droite de l'image « seuls dans l'univers ? » nomment ce qui est figuré dans le regard de ce visage, à savoir une immense solitude et une immense détresse qui parlent d'une détresse primaire, originelle même... Peut-on l'appeler visage ou s'agit-il plutôt d'une tête ? Cette interrogation surgit car il se dégage de la forme disproportionnée de cette figure quelque chose du non-humain ou de non humanisé, qui contraste avec l'expression du regard qui exprime une profonde détresse.

Il s'agit d'une tête à laquelle il manque des oreilles, or Victor va associer sur une tête avec de grandes oreilles qu'il va figurer dans un dessin. Il me semble que le signifiant « oreilles » manquant, absent même dans la première image, fait retour dans ce qu'il nous signe. Ces oreilles dont il est privé puisqu'il ne peut entendre le font être et se sentir être comme un extraterrestre dans le monde des humains parlants, coupé des autres humains.

Je ferai l'hypothèse que ce recours à des images externes et ce qu'il signe dans son langage gestuel (images internes) constitue une mise en forme visuelle et gestuelle externalisée, qui serait comme une tentative de constituer des traces visuelles qui deviendraient par la suite internalisables et

introjectables, c'est-à-dire comme un écran de projection externe sur lequel se construisent des formes et des signifiants visuo-gestuels.

Le recours au dessin, tracé réalisé par le geste de la main, contribue à cette figuration visuo-gestuelle.

Nous pouvons nous interroger sur le statut de cette image externe, entre son caractère hallucinatoire et celle d'une « représentation-chose ». Il me semble que l'utilisation d'images externes permet à Victor d'enclencher un mouvement de symbolisation primaire, qui pourra ensuite permettre d'articuler les « représentations-chose » avec des « représentations de signes » ayant le statut de représentations secondaires. La « représentation de signe » est un concept métapsychologique défini par A. Meynard (1995) qui permet de rendre compte d'une activité représentative spécifique à la langue gestuelle. Ainsi, la « représentation de signe » appartient à la catégorie, définie par P. Aulagnier (1991), des « représentations idéiques » se caractérisant selon cette dernière par leur dicibilité, et elle appartient au registre du préconscient. Pour autant, on ne peut considérer la « représentation de signe » comme exactement analogue à la représentation de mot car, du fait de sa composante figurative, elle se situe plutôt entre la « représentation de mot » et la « représentation de chose ». En effet, la particularité de la langue des signes réside dans sa composante figurative. Le langage gestuel n'est donc pas identique à l'acte, dans la mesure où le signe a abandonné l'objet et il n'est pas un signe de langage aussi abstrait que l'est le signifiant phonique puisqu'il reprend les caractéristiques de l'objet ou de l'action. Les « représentations de signe » entretiennent par conséquent avec les « représentations de chose » un rapport iconique.

Paradoxalement, cette image externe désignée par Victor au cours de l'entretien contient à la fois l'expérience d'une incommunicabilité qui se déploie parfois dans la relation transférentielle avec Victor au cours des entretiens et dans le même temps elle rend possible et relance la possibilité d'être en lien et de dialoguer avec lui.

Il nous communique quelque chose de sa détresse et de sa solitude qui découlent de ce qui a marqué répétitivement son histoire depuis sa naissance, l'expérience de perte et d'abandon, et son vécu d'une discontinuité psychique dans sa relation avec le monde externe et son monde interne, devenu orphelin dans les débuts de sa vie, privé de l'ouïe, le privant par conséquent d'un canal sensoriel qui permet au sujet d'être relié au monde externe, et aux objets, et qui permet d'être dans un bain de sons et de langage partagé avec les autres.

Cette expérience de privation sensorielle qui est aussi celle d'une « privation de l'objet » (lorsqu'il n'est pas là ou qu'il n'entend pas) met en péril le mouvement d'identification primaire dans la relation de l'infans à l'objet maternel qui prend soin de lui, identification qui risque d'être empêchée ou rompue. N. Farges (1998) formule ainsi ce risque de rupture entre l'enfant

sourd et ses parents (entendants) : « L'infans n'est plus le lieu d'une identification possible : hors-voix, hors sens [...]. »

La figure de l'enfant sauvage qui associe surdité et animalité illustre bien l'impact de la surdité dans la difficulté voire l'impossibilité de se représenter l'enfant sourd comme appartenant à l'humain.

À ce propos, j'ai choisi d'appeler ce patient Victor, en pensant à Victor de l'Aveyron, jeune garçon découvert dans les bois en 1797 et pris en charge par le Dr Itard qui tenta de l'éduquer. L'histoire de cet enfant sauvage qui ne parle pas a été portée à l'écran par F. Truffaut dans son film *L'Enfant sauvage*.

Il me semble que l'on peut repérer une transformation à partir de la première image que Victor me montre, d'une confusion hallucinatoire qui se donne à entendre dans une confusion de gestes et de signes à un processus de figuration visuo-gestuelle qui prend appui sur des images externes et le dessin et qui mobiliserait deux types de représentations de choses, des représentations de choses visuelles et des représentations de choses de mouvements.

Malgré la difficulté à dégager un sens de cette confusion, je parviens à comprendre une phrase : « être tué avec un pistolet ». Ceci permet de dire que Victor évoque ici une hallucination persécutive. La présence d'une production hallucinatoire (plus précisément persécutive) qui prend parfois la forme d'une confusion hallucinatoire peut être considérée comme « une figuration, une mise en images ou une "mise en forme" perceptive [...] » (Gimenez, 2000) qui se substituerait à une représentation qui n'a pu advenir.

Je considérerai que Victor se défend dans un premier temps par une activité hallucinatoire de l'affect dépressif retourné en hostilité et projeté sur un objet qui devient objet de persécution.

À partir de la première image qu'il nous montre, et ce qu'il exprime, je ferai l'hypothèse qu'il tente de construire des représentations correspondant à l'expérience d'être sourd, comme s'il tentait de constituer des représentations d'une négativité à l'œuvre liée à la fois à la surdité et également à l'absence de l'objet.

La confusion apparente peut alors correspondre à son envahissement interne par des vécus qui ne peuvent être identifiés que s'ils sont reconnus dans une écoute et une traduction qui les prend en compte. Victor est menacé en permanence que sa tête n'explose sous la pression de vécus bruts non partagés, non métabolisés.

En ce sens, ce qui le persécute de l'extérieur et de l'intérieur, n'est-ce pas aussi l'incompréhension ?

Le dessin réalisé par Victor figure des oreilles après avoir proposé une tête sans oreilles, et après mon intervention, il évoque sa surdité en formulant en signes qu'il ne peut pas parler et entendre en désignant les zones corporelles

concernées (il désigne d'abord la bouche en nous montrant qu'il ne peut pas parler, il imite quelqu'un en train de parler en faisant des mouvements avec sa bouche, puis il désigne ses oreilles et il signe qu'il est sourd et ne peut pas entendre les sons). Il me regarde quand il exprime cela, et je ressens de la tristesse et de la peine chez Victor, j'ai même eu l'impression que ses yeux s'humidifiaient et je me suis demandée s'il n'allait pas se mettre à pleurer.

Je ferai l'hypothèse que Victor, lorsqu'il imite quelqu'un parler en remuant ses lèvres, ou désigne ses oreilles, investit à ce moment-là des sensations ou des impressions corporelles liées à l'acte d'entendre et de parler. Il tente alors de symboliser l'expérience de perte et de rupture engendrée par sa surdité dans la réalité de son corps, et celle engendrée par l'absence de l'objet qui fait trou, et béance. Cette expérience de privation peut, lorsqu'elle est projetée au-dehors et retournée, prendre la forme d'une présence persécutive. Le sujet pourrait alors avoir le vécu qu'on lui a pris quelque chose, ou qu'on lui a arraché quelque chose. En ce sens, le terme de privation me paraît plus adéquat que celui de perte. La première image proposée par Victor condense le vécu de rupture et de coupure qui le laisse dans un état de détresse et de solitude.

Cette expérience de rupture de lien et de sens se déploie dans le transfert également. Lorsque je suis confrontée dans les entretiens à une impuissance à comprendre ce que Victor exprime et à une perte de sens, il me semble que par identification projective il me donne à éprouver ce qu'il est amené à vivre depuis sa naissance dans des expériences de rupture dans la fonction de liaison signifiante avec l'environnement et ses objets, un environnement qui devient alors inintelligible, étranger à soi et qui peut devenir mauvais et menaçant. À ce titre, la surdité a cette particularité qu'en privant le sujet de l'ouïe, elle le prive du même coup de la perception du langage, qui constitue la forme de symbolisation la plus élaborée et la plus articulée. En ce sens, l'infans sourd qui grandit dans un environnement d'entendants est maintenu plus longtemps dans un environnement constitué d'objets partiels puisqu'il lui manque la possibilité de bénéficier du travail de traduction des éprouvés en mots, effectué habituellement par la mère.

Durant cet entretien, il me semble que par l'intermédiaire des images apportées par Victor qui fonctionnent alors comme des « objets de relation » s'enclenche un mouvement dynamique de symbolisation de l'expérience de privation engendrée par la surdité. L'histoire de Victor est marquée par un redoublement de carences, sensorielle, affective et une carence de représentations. Cette répétition et cette pluralité de carences ont produit et provoqué une véritable faille dans la relation de Victor avec le monde extérieur, et dans la possibilité à se représenter les expériences sensori-affectives qu'il est amené à vivre. Il me semble que l'on peut considérer que le mode de défense délirant et hallucinatoire que Victor a construit constitue une tentative de réparer et cicatrifier cette expérience de perte insupportable et irreprésentable.

Un double manque et une double détermination sous-tendraient la surdité : le sujet qui est privé d'oreilles pour entendre l'objet risque du même coup d'être privé d'un objet qui l'entende comme sujet, comme si l'expérience de privation produite par la surdité condensait une double menace : celle de ne pas entendre et celle de ne pas être entendu. En ce sens, nous pouvons penser que les épisodes de confusion de Victor renvoient à l'incertitude à laquelle il a été exposé quant au statut de sujet de ses pensées, et de ses éprouvés.

3.2 Particularité de la surdité comme atteinte sensorielle, et ses conséquences sur l'investissement du langage

Cet entretien avec Victor nous amène à penser à la particularité de la surdité comme atteinte sensorielle.

À ce propos, D.W. Winnicott consacre dans son ouvrage *Jeu et réalité* (1975) une partie à l'« enfant privé ». L'expérience de privation serait produite selon lui par l'expérience de la perte de l'objet et par la défaillance du sentiment de sécurité et de confiance dans l'environnement.

Je proposerai d'élargir cette notion à l'expérience de « privation sensorielle ». La surdité constitue en effet une forme de privation dont la particularité est de priver le sujet de l'objet sonore, substance même de la langue, le privant du même coup du sentiment de sécurité et de confiance dans l'espace langagier. La terminologie anglaise « deprived » ou « deprivation » traduit mieux le vécu du sujet d'être privé, et d'être dépossédé de quelque chose auquel il a droit et qui lui appartient.

Cette privation sensorielle va produire des effets sur le développement de l'« aire intermédiaire » dans le champ du langage, et les conditions de possibilité pour qu'un enfant sourd parvienne à internaliser l'espace langagier comme un espace où il se sent exister et où il peut jouer avec les signifiants langagiers.

Je propose de parcourir les conditions de possibilité permettant à l'enfant d'investir l'objet « langue » en l'intégrant à une « aire intermédiaire d'expérience », et d'envisager la manière dont cette expérience se déroule pour l'enfant sourd.

L'expérience d'un bain de sons est concomitante de celle de l'allaitement. L'expérience de l'illusion avec l'objet « langue » désigne la possibilité pour l'enfant de croire qu'il a le pouvoir de créer et de recréer sans cesse les sons et les mots. L'enfant fait ainsi l'expérience de l'omnipotence et du contrôle magique du langage. D.W. Winnicott (1975) rattache l'expérience de la toute-puissance à l'« expérience de l'être » qui constitue le « fondement du

sentiment du soi ». Dans le champ du langage, l'« expérience de l'être » correspondrait au vécu de l'enfant d'être les sons qu'il entend, et de se sentir enveloppé et contenu par une « enveloppe sonore » (Anzieu, 1976). Néanmoins, l'expérience d'illusion répond à plusieurs conditions, notamment la possibilité physiologique de l'enfant d'entendre les sons, et un ensemble de caractéristiques et de qualités propres à la mère et à la façon dont elle remplit sa fonction maternelle.

Il me semble que ce que D.W. Winnicott développe à propos de la possibilité de « trouver l'objet » qui signifie la rencontre de l'objet dans l'environnement de l'enfant, s'origine dans la rencontre perceptive de l'objet. L'enfant sourd (qui grandit dans un environnement d'entendants) est privé de l'objet sonore, tout en vivant paradoxalement dans un environnement qui lui offre cet objet. Aussi, l'impossibilité de « trouver » l'objet sonore, précurseur du langage, va amener l'enfant à « trouver » d'autres objets à sa portée, en particulier le geste.

Le processus « trouvé-crée » qui accompagne cette expérience de l'illusion va être suivi par l'expérience du « détruit-trouvé ». L'enfant va alors exercer son pouvoir sur les objets de la réalité, en les utilisant, en les manipulant physiquement et psychiquement. Selon D.W. Winnicott, on assiste alors au passage d'un « contrôle omnipotent » exercé sur les objets à un « contrôle par la manipulation ». Le rapport à l'objet se caractérise alors par le besoin de l'enfant de le détruire. L'expérience du « détruit-trouvé » permet à l'enfant de s'emparer de l'objet en lui évitant de subir passivement la violence du désillusionnement progressif auquel il est confronté. Néanmoins, le sujet a besoin de s'assurer que l'objet survit à son mouvement destructeur.

Si l'on explore cette expérience du « détruit-trouvé » avec l'objet « langue », l'enfant devra pouvoir le détruire, et le retrouver vivant pour pouvoir le manipuler et se l'approprier subjectivement.

En ce qui concerne l'enfant sourd, nous considérons que seuls des signes visuels peuvent témoigner de la survie de l'objet primaire et de l'objet « langue », à la fois au travers de la gestuelle de la mère et des affects que celle-ci véhicule, mais aussi au travers du visage maternel par ses mimiques, son regard, ses mouvements de bouche. À défaut d'entendre la voix maternelle et son discours, c'est la totalité du corps de la mère qui deviendrait signifiant à travers les signes visuels qu'il rassemble. Le sens de ces signes inscrits sur le corps et dans la gestuelle de la mère dépend étroitement de la manière dont celle-ci parvient à subjectiver l'impact traumatique produit par l'annonce de la surdité de son enfant. Pour une personne entendant, le transfert des adresses subjectivantes de la modalité vocale et sonore à la modalité visuo-gestuelle est périlleux. Toutefois, certaines mères parviennent à « trouver-crée » une forme de langage visuo-gestuel accordé à la sensorialité de leur enfant. Ainsi, E. Laborit évoque le langage inventé avec sa mère qu'elle décrit comme un « langage ombilical, animal, un code particulier,

instinctif, fait de mimique et de gestuelle ». L'expression « langage ombilical » constitue une belle métaphore de l'objet transitionnel que D.W. Winnicott définit comme un « symbole d'union » entre la mère et l'enfant.

Pour cet auteur, si l'environnement est favorable, trois modes de communication sont alors à la disposition de l'enfant. Le premier est paradoxal puisqu'il s'agit d'une « communication qui ne cessera jamais d'être silencieuse » (Laborit, 1994, p. 22). Celle-ci s'applique à une partie du sujet correspondant à son *self* intime. Le second mode de communication constitue « une communication explicite, indirecte et source de plaisir ». Le troisième mode de communication constitue une forme intermédiaire qui se déroulerait dans l'« aire intermédiaire d'expérience » correspondant au champ des phénomènes transitionnels. L'enfant joueur que Winnicott nous décrit ne résout pas le paradoxe de la communication : une partie de lui-même ne communique pas et en même temps, il désire communiquer et être « trouvé ». Pour lui, la communication constituerait finalement « un jeu élaboré de cache-cache dans lequel se cacher est un plaisir, mais n'être pas trouvé est une catastrophe ».

Au sujet de cette expérience de l'illusion, S. Ferenczi (1913), dans un article où il retrace les étapes de la psychogenèse du langage et les stratégies symboliques que l'enfant développe pour se représenter les excitations endogènes et exogènes, évoque une première étape qu'il nomme « la période de la toute-puissance hallucinatoire magique ». Suit ce qu'il nomme « la période de la toute-puissance à l'aide des gestes magiques ». Dans la mesure où l'hallucination ne suffit plus à satisfaire le désir de l'enfant, celui-ci produirait certains signaux, notamment moteurs, qui lui permettent de décharger les affects de déplaisir. Dans un second temps, les gestes seront utilisés par l'enfant comme « signaux magiques » réalisant ainsi l'accomplissement du désir. Selon S. Ferenczi, à l'issue de cette période, apparaît « un véritable langage gestuel : par une combinaison appropriée de gestes, il devient capable d'exprimer des besoins tout à fait spécifiques, qui le plus souvent seront effectivement satisfaits ».

L'enfant va progressivement établir des relations symboliques entre son corps et le monde des objets qui l'entourent. L'animisme permet notamment d'opérer cette liaison entre la réalité externe et l'expérience corporelle et subjective de l'enfant. Dans le développement ordinaire d'un enfant entendant, l'imitation de la substance sonore véhiculée dans l'environnement familial va l'amener à substituer progressivement au symbolisme gestuel le symbolisme verbal. S. Ferenczi évoque la troisième étape qu'il désigne comme la « période des pensées et des mots magiques ».

À défaut de connaître la « magie verbale », nous pensons que l'enfant sourd peut faire l'expérience de la magie gestuelle. Privé des signaux sonores

et des signifiants langagiers, il pourra imiter tout ce qui se présente à ses yeux, mouvements, gestes, mimiques...

En reprenant la notion de « magie gestuelle » développée par S. Ferenczi, nous formulerons l'hypothèse selon laquelle cette « période de la toute-puissance à l'aide de gestes magiques » tient pour l'enfant sourd un rôle fondamental. En effet, lorsque celui-ci a accepté de renoncer à la satisfaction toute-puissante magique, il peut alors accéder au langage gestuel en tant que système symbolique.

Pour l'enfant sourd, il apparaît que le geste, puis le signe gestuel appartenant à la langue des signes seraient le seul matériau langagier que l'enfant sourd puisse « trouver-crée ». Lorsque le geste a permis un ancrage de l'expérience corporelle et subjective de l'enfant sourd et qu'il a été investi comme un objet transitionnel, nous parlerons d'« acte de geste » qui deviendra un « acte de signe », à condition que l'enfant ne rencontre pas trop tardivement la langue des signes. Mais dans certains cas, faute d'avoir pu trouver et investir une langue accordée à sa réalité sensorielle, l'enfant sourd n'a pu la créer.

La surdité risque en effet d'engendrer soit une « communication totale » qui ne respecterait pas cette partie du sujet qui doit pouvoir rester silencieuse, soit une solitude et un silence mortifères. Dans les deux cas, le paradoxe de la communication est résolu, se traduisant par un excès ou par un manque radical de communication.

Ce détour par l'expérience d'illusion de l'enfant entendant et de l'enfant sourd dans leur rencontre avec les objets et plus particulièrement avec l'objet « langue » permet d'éclairer ce qui est mobilisé durant cet entretien avec Victor dans ma capacité d'anticipation et d'illusion. En effet, je suis amenée durant les entretiens avec lui à accueillir et à écouter ce qu'il me signifie avec ses gestes et ses signes en les considérant dans une adresse signifiante, en quête d'une signification à « trouver-crée » à deux afin qu'il puisse se l'approprier et la reconnaître comme sienne.

Ma capacité d'anticipation et d'illusion convoquée lors de cet entretien n'est pas sans rappeler celle de la mère avec son enfant. Or, la surdité, en provoquant une rupture dans la communication primaire entre la mère et son enfant, risque d'occasionner une déchirure de l'« ombre parlée et supposée parlante » (Aulagnier, 1991, p. 135) qui, comme le souligne A. Meynard, se soutient d'une ombre entendant. Si cela se produit, l'enfant risque alors d'être privé du crédit qu'il est un être en langage.

Il me semble que les entretiens avec Victor permettent la reprise de cette expérience d'illusion et de désillusion dont on peut penser qu'elle a été défaillante (voire inexistante) dans son histoire, et de lui proposer de la rendre à nouveau possible.

Il me semble que les images apportées par Victor constituent un support qui crée une « illusion efficace de compréhension » (Gimenez, 2006), la

croyance que l'on partage la même culture et que l'on peut échanger et se comprendre, et qui relance par ailleurs la possibilité de jouer. À ce propos, le journal *20 Minutes* apporté par Victor constitue un objet culturel commun, qui est à disposition de tous et qui circule dans l'espace social. En nous apportant cet objet, Victor s'inscrirait ainsi dans l'espace social et culturel auquel nous appartenons.

Marion Milner (1952) a montré comment l'illusion permet au sujet d'établir un véritable pont entre l'intérieur et l'extérieur, en expérimentant alternativement une fusion ou une union, et l'expérience d'être au contact de la réalité externe. La rupture prématurée de l'expérience d'illusion engendre un chaos catastrophique dans la construction de son moi, et par conséquent dans sa relation avec la réalité externe. Selon M. Milner, cette expérience d'effondrement trop soudain de l'illusion d'unité serait vécue par le sujet comme une « intrusion », « une intrusion qui (a) comme effet d'empêcher l'enfant d'émerger progressivement du narcissisme primaire, à son propre rythme ».

Je tente alors de donner un sens à ce que Victor m'adresse dans ses signifiants visuo-gestuels, mobilisant alors ma « capacité de rêverie maternelle » afin de métaboliser les expériences subjectives que Victor externalise au moyen des mécanismes de projection et d'identification projective.

Lors de cet entretien avec Victor je tente de mettre en mots et en signes ce que je parviens à me représenter de ce qu'il me communique, à savoir son expérience d'isolement et d'incommunicabilité radicale avec les autres.

Mon écoute est transférée sur une matière visuo-gestuelle qui m'est donnée à voir et à entendre à la fois dans des signes gestuels, des gestes ou des mouvements du corps, les expressions du visage de Victor, et ce qu'il me donne à regarder au travers des images et de son dessin. Je pense aussi que ce qu'il m'amène à éprouver et ressentir tient une place centrale dans mon écoute, il est plus difficile d'en rendre compte dans un écrit.

Lors de cet entretien, la difficulté que je ressens pour écouter ce que Victor me formule est liée aussi bien à la transposition de mon écoute dans un registre visuo-gestuel, qu'à la déliaison et le morcellement à l'œuvre dans sa pensée. Je tente alors de proposer à Victor des signifiants en utilisant la langue des signes qui contiennent et signifient son expérience sensori-affective rattachée à l'expérience de rupture engendrée par sa surdité et réactivant des affects dépressifs, au sens d'une dépression primaire.

Mon écoute s'apparenterait plus à une lecture d'une matière visuo-gestuelle qui n'est pas sans rappeler cette réflexion de J. Lacan : « Le signifié n'a rien à faire avec les oreilles, mais seulement avec la lecture, lecture de ce qu'on entend de signifiant. Le signifié, ce n'est pas ce qu'on entend. Ce qu'on entend, c'est le signifiant. Le signifié, c'est l'effet du signifiant. »

3.3 Particularités de la relation en face-à-face entre un thérapeute et un sujet sourd

Je souhaiterais à présent développer une dimension qui me semble également présente dans la relation transférentielle établie avec Victor, et dans mon écoute. Après avoir tenté de décrypter une signification à ce qu'il m'adresse, je lui renvoie un sens que je construis dans un mouvement réflexif. Cette réflexion passe non seulement par ce que je formule en signes à Victor, mais aussi par ma présence corporelle. Le lien par le regard est en effet presque permanent durant l'entretien avec Victor. Je dois le regarder pour voir ses signes et réciproquement. La possibilité de détourner mon regard du patient et de m'absenter, alors qu'elle est possible avec les signifiants sonores, est rendue plus difficile avec les signifiants visuo-gestuels.

3.3.1 *Place de la perception visuelle dans l'entretien*

À certains moments de l'entretien, la relation qui s'établit entre Victor et moi me fait penser à une relation spéculaire qui devient enfermante et aliénante, et que je rattacherais à la relation spéculaire et imaginaire entre la mère et le bébé. Or, cette expérience où le bébé voit son Soi d'abord dans le visage de la mère, puis dans le miroir et peut ainsi se sentir exister me paraît recouvrir une importance particulière pour le sujet sourd.

En effet, la fonction contenant assurée par le contact sensoriel entre la mère et son enfant est de nature différente pour l'enfant sourd et pour l'enfant entendant. Les travaux de D. Anzieu (1976) ont mis en évidence comment les sentiments de continuité et de contenance sont des dérivés de la sensorialité. Ainsi, l'« enveloppe sonore » (Anzieu, 1976) assure une fonction essentielle dans l'acquisition par l'appareil psychique de la capacité de signifier, puis de symboliser. Le « miroir sonore » constituerait le premier miroir qui contribuerait à la constitution du sentiment d'exister du Soi. L'absence d'ouïe rend l'enfant imperméable à l'« enveloppe sonore ». En revanche, les canaux sensoriels intacts peuvent étayer une enveloppe contenant et subjectivante. L'ensemble des mouvements corporels de la mère acquiert une plus grande importance que pour l'enfant entendant car l'enfant sourd surinvestit la vision. Parmi ces « lieux corporels » de la mère qui attirent le regard de l'infans, nous soulignerons le rôle central du visage, que D.W. Winnicott considère comme le premier miroir, et celui de la gestuelle maternelle. Concernant cette dernière, A. Meynard (1995) soutient l'existence d'un « miroir kinétique » désignant le miroir constitué par les gestes de la mère. Ce miroir de nature kinétique permettrait à l'enfant d'introjecter une « peau visuo-kinétique » et assurerait une fonction contenant.

Par ailleurs, le rôle de l'« enveloppe visuelle » me paraît être renforcé. D'après G. Lavallée, l'écran de contact visuel originel constitue l'équivalent

d'une « peau visuelle ». Lors de l'allaitement, le nourrisson croirait qu'il a le visage de sa mère. Dans un second temps, lorsque le monde extérieur se réduit à un espace bidimensionnel, une « peau visuelle » commune à l'enfant et à la mère se formerait. L'enfant aurait alors la sensation que son visage touche celui de sa mère. À cette époque, il y aurait une co-sensualité tactile-visuel. Le regard du nourrisson fonctionnerait alors sur le modèle du tactile : ne dit-on pas d'un regard qu'il nous caresse, qu'il nous capte, nous pénètre...

Cette « peau visuelle » s'intégrerait progressivement au moi-peau de l'enfant. G. Lavallée soutient l'idée que par la suite, pour chaque registre sensoriel, un « écran psychique hallucinatoire négatif » se formerait. Par conséquent, il existerait un écran psychique qui s'étayerait sur la « peau visuelle ». G. Lavallée définit cet écran psychique comme un « miroir semi-transparent, à travers lequel on voit et dans lequel on se voit ». La constitution de ce miroir psychique interne est dépendante de la possibilité d'intériorisation de la mère et de la fonction maternelle. Finalement, l'« enveloppe visuelle » s'apparenterait selon G. Lavallée à une « boucle contenant et subjectivante de la vision » qui décrit le trajet pulsionnel de la perception visuelle à sa représentation psychique.

Or, il me semble que la langue des signes a une fonction essentielle au niveau de l'« enveloppe psychique visuelle », en particulier en ce qui concerne la « seconde boucle contenant et subjectivante de la vision ». Tout se passe comme si celle-ci perfectionnait l'enveloppe visuelle en réduisant les principaux défauts qui caractérisent la vision.

D'une part, en utilisant l'artifice du miroir, la langue gestuelle organise un dédoublement réflexif qui permet au sujet de percevoir partiellement sa propre parole et de l'autocontrôler. D'autre part, elle organise une intersensorialité entre la vision, les sensations kinétiques et le toucher. À ce propos, l'utilisation des mains qui « articulent » les signes gestuels rappelle la co-sensualité entre le tactile et le visuel. C'est comme si la main était utilisée par l'enfant d'une manière de plus en plus abstraite, une main pour toucher, pour voir deviendrait une main pour signifier, qui permet à la fois de se faire entendre des autres et de s'entendre soi-même. La langue des signes réaliserait ainsi une articulation plurisensorielle impliquant une co-sensualité des enveloppes psychiques, qui permettrait de réduire pour le sujet sourd la « décorporation » associée à la vision.

Par ailleurs, si l'on reprend les étapes décrites par G. Lavallée au sujet de la symbolisation des perceptions visuelles, il apparaît que la langue des signes se déploierait sur un « cadran-écran » fictif qui correspondrait à l'écran au-dehors, support de la projection externe. Ainsi la langue gestuelle formerait-elle une seconde boucle contenant visuo-motrice qui assurerait le retour introjectif des signifiants visuels.

La perception visuelle, si elle présente sur les autres sens un avantage lié à sa puissance figurative, implique deux défauts majeurs : son absence de

réflexivité (à la différence de l'audition), et ce que G. Lavallée appelle la « décorporation », qui désigne le manque de sensations corporelles associées à la vision. En effet, ce que l'on voit ne peut être senti à l'intérieur de l'œil. L'œil ne serait donc pas une zone érogène puisqu'il ne peut être le siège d'un plaisir d'organe.

Pour l'enfant sourd, seul le maintien d'un contact visuel avec l'objet peut lui assurer un sentiment de continuité, à distance. Si le contact visuel est rompu, l'autre s'absente et l'enfant se retrouve seul. La vision constitue par conséquent un registre sensoriel beaucoup moins souple que le système auditif, notamment dans ses possibilités de distanciation. Il me semble que cette différence modifie l'expérience de la présence-absence et que la surdité fragilise d'une certaine manière le sentiment de continuité qui en dépend.

E. Laborit (1994, p. 15), lorsqu'elle tente de se remémorer les souvenirs qui ont marqué ses sept premières années qui précèdent sa rencontre avec la langue des signes, ne retrouve qu'un « chaos [...], une suite d'images sans relation les unes avec les autres, comme des séquences d'un film montées l'une derrière l'autre, avec de longues bandes noires, de grands espaces perdus ».

Victor tente au cours de cet entretien de me communiquer la manière dont il se représente lui-même, dans un mouvement d'autoreprésentation qui est défaillant.

La première image qu'il choisit de nous montrer représente une tête, et ensuite il dessine à nouveau un visage.

Je suis « appelée » dans le transfert à lui communiquer et à lui donner une image de lui, qui traduise la manière dont je peux me le représenter, comme la mère qui réfléchit à son bébé son Soi propre, par le regard qu'elle porte sur lui, avant que l'infans ne fasse l'expérience du stade du miroir. En référence à cette définition que J. Lacan a formulée du stade de miroir conçu comme « la matrice symbolique où le *je* se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet » (1949, p. 90), il me semble que l'on peut penser que Victor n'a pu constituer une « forme » suffisamment construite ou unifiée de lui-même qui structure son narcissisme primaire. L'expérience du miroir est aussi une expérience relationnelle, avec la participation de la mère ou d'un substitut maternel qui aide l'enfant à se reconnaître dans le miroir.

À ce titre, les entretiens cliniques avec Victor peuvent être envisagés comme une tentative de reprise dans une relation intersubjective de ce qui n'a pas eu lieu ou de ce qui a manqué dans l'intégration pour Victor de son narcissisme primaire afin de favoriser et de soutenir la possibilité qu'il s'approprie son être.

Victor, à la fin de l'entretien, se coiffe en notre présence et interpelle le regard que l'on porte sur lui, comme s'il cherchait dans notre regard une

confirmation narcissique de l'image unifiée et belle que l'on a de lui. Je ferai l'hypothèse que Victor n'a pu construire un sentiment de continuité et de sécurité suffisant en raison de sa surdité et des carences affectives qui ont marqué les premières années de sa vie, ce qui signifierait par conséquent que l'intériorisation de ce que G. Lavallée propose de nommer l'« écran psychique hallucinatoire négatif » serait défaillante, et plus largement l'introjection des différentes enveloppes psychiques. Victor ne parviendrait pas à se voir, à se représenter lui-même. Les images qu'il apporte à cet entretien, du fait de leur concrétude, permettent de partager une expérience sensorielle, et ces images (plus particulièrement la première) contiennent en négatif une représentation que Victor a de lui-même. Parallèlement à cette modalité d'investissement du registre visuel, je pense que la dimension sensorielle tactile est également investie par Victor, en particulier par l'intermédiaire des objets qu'il apporte. Ce sont en effet des objets que l'on peut toucher, manipuler et qui sont détachés et séparés du corps.

À ce propos, ce qui m'a amenée à ressentir une sorte d'effroi en voyant la première image correspond à l'apparition au travers de cette tête du « déshumain », sorte de figure déshumanisée. Cette image traduirait et figurerait alors ce qui a été atteint dans la possibilité pour Victor de s'identifier à une figure humaine, à un autre semblable.

La seconde image représente une femme que Victor qualifie de « jolie », image qui contraste avec la précédente, celle-ci incarnant une représentation humaine, et que je relierai à notre présence et à ce qui se déploie d'un transfert libidinal diffracté sur le Dr A. et moi-même.

Ces « objets de relation » permettent également un co-investissement par Victor, par le Dr A. et moi-même. À ce propos, bien que le Dr A. soit plus en retrait durant l'entretien elle est présente par le regard qu'elle porte sur Victor, et sa présence permet de faire exister un tiers entre Victor et moi.

Dans son ouvrage *Clinique de l'hallucination*, G. Gimenez différencie deux types de représentations des inscriptions sensori-affectives, d'une part celles sous forme de représentations de choses reliées à des représentations de mots, et d'autre part les représentations de choses qui seraient non disponibles sous forme de souvenirs et impliquant la possibilité d'halluciner lorsque l'objet vient à manquer. Cette seconde trace serait proche de l'inscription traumatique.

Il me semble que les représentations de choses que Victor nous communique lors de cet entretien correspondraient plus à des inscriptions brutes d'expériences sensori-affectives non remémorables parce que non symbolisées, pouvant faire retour sous une forme hallucinatoire.

G. Gimenez souligne comment ce second type de représentations de choses correspond à une faille engendrée par l'absence de représentation d'une expérience sensori-affective et par une « carence de représentations de mots pour penser une expérience, une situation ou une tension ».

On peut penser qu'en raison de sa surdité et de la privation d'un objet réfléchissant stable, Victor n'a pu introjecter des représentations de choses correspondant à des traces suffisamment structurées, et des représentations de signes lui permettant de se représenter ce qu'il est amené à vivre, et de se représenter lui-même.

3.3.2 *Particularités de l'écoute du thérapeute*

Cet entretien interroge par ailleurs la place de la sensorialité et de la dimension perceptive en raison de la singularité de la langue des signes qui implique un transfert de mon écoute et de mes interventions sur une matière visuo-gestuelle. La langue des signes constitue un langage qui suppose un contact visuel constant, et une mise en action du corps associant des mimiques du visage, des mouvements du corps et des gestes formulés avec les mains. Cette présence sensorielle risque à certains moments de « faire écran », voire d'empêcher la possibilité d'une écoute des processus psychiques latents.

Durant cet entretien avec Victor, j'ai le sentiment à certains moments que cette prégnance de la dimension sensorielle et perceptive « sature » ma capacité d'écoute, voire l'empêche.

La présence et la participation d'un tiers durant les entretiens permet une circulation et un détachement des regards dans la relation en face-à-face avec le patient, et soutient une forme de distanciation et d'écart nécessaires à l'écoute. Cette triangulation externe constitue une figuration d'une triangulation interne que j'essaie de maintenir vivante lorsque j'écoute Victor. Il s'agit alors pour moi de rendre ce « trop » sensoriel suffisamment silencieux afin que je parvienne à rester en lien avec ce qui se déroule dans mon intériorité et ma pensée, et à être dans une position d'écoute qui correspondrait à une écoute flottante.

À ce titre, la langue des signes a un impact sur le déroulement d'un entretien en face-à-face, dans le rapport au silence et dans la possibilité de jeu dans la présence-absence introduite entre le thérapeute et le patient.

Mon travail d'écoute est entremêlé également à un travail de traduction qui est double, à la fois la traduction des signes formulés par Victor en mots, et la traduction de ce que je mentalise pour moi-même en mots (dans ma langue maternelle) et souhaite formuler et adresser en signes à Victor.

Il me semble que ce travail d'écoute et de traduction peut être conçu comme une tentative d'ajustement et d'accordage, qui rappelle la position de la mère dans la constitution des premiers liens avec son bébé lorsque celle-ci tente de psychiser et traduire les vécus bruts que son bébé lui communique, ce que W. Bion a développé avec la notion de fonction alpha de la mère. Les entretiens avec Victor visent à favoriser la mise en forme (au sens de représentations psychiques) et la nomination de ses vécus internes, dans la pers-

pective de constituer des contenants psychiques aux aspects pulsionnels et sensoriels qui le débordent ou l'envahissent.

CONCLUSION

Cette illustration clinique permet d'envisager l'impact de la privation de l'objet sonore sur la manière dont le sujet construit son monde interne et son rapport au monde et aux autres, dans ce qu'il peut bouleverser et empêcher. Le risque qui pèse sur le sujet sourd serait qu'à la privation sensorielle s'ajoute l'expérience d'une déprivation qui est celle de l'objet, laissant alors le sujet se perdre dans les méandres d'un monde inaudible et incompréhensible.

Cet entretien condense l'expérience de déprivation radicale et catastrophique à laquelle Victor a été soumis, le privant de l'ouïe, des origines de son existence et d'un autre qui l'entende et le reconnaisse comme sujet.

Cette expérience l'a laissé dans un abandon et une solitude tels, que Victor s'est trouvé débordé et submergé par les pulsions, les sensations et les éprouvés qui l'habitent, en quête d'une nomination et d'une reconnaissance par un autre semblable. Pour pallier et combler ce vide et ce trou, Victor a construit un objet persécuteur qui, tour à tour, habite son corps au travers du diabète, ou alors s'incarne dans un objet externe qui n'est autre que l'objet de la déprivation, celui qui n'entend rien et celui qui ne répond pas.

Les entretiens cliniques avec Victor visent à lui donner la possibilité de dire et de se faire entendre dans la langue qui est la sienne, arrimée au corporel et au gestuel, et de tenter d'attribuer et d'identifier un sens à ce qui l'habite. Il s'agit alors de le reconnaître comme humain et comme semblable ayant une existence et une intériorité psychiques qui ne se réduisent pas à un chaos pulsionnel mortifère, et de tenter de trouver ou de retrouver les parcelles de vie psychique qui ne demandent qu'à être découvertes.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. (1976). « L'enveloppe sonore du soi », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 13, 161-179.
- AULAGNIER P. (1991). *La Violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, PUF.
- FARGES N. (1998). « De l'infans à l'enfant sourd : la potentialité psychotique », *Psychologie clinique*, 6, Paris, L'Harmattan, 63-79.

- FERENCZI S. (1913). « Le développement du sens de réalité et ses stades », *Œuvres complètes*, tome II, 51-65.
- FREUD S. (1981). *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- GIMENEZ G. (2000). *Clinique de l'hallucination psychotique*, Paris, Dunod.
- GIMENEZ G. (2000). « Le travail de l'hallucination », *Cliniques méditerranéennes*, 62, Erès, 149-167.
- GIMENEZ G. (2006). « Les objets de relation en situation individuelle, groupale et familiale », *Le Divan familial. Revue de thérapie familiale psychanalytique*, 16, In Press éditions, 77-96.
- GORI R. (1978). *Le Corps et le signe dans l'acte de parole*, Paris, Bordas.
- LABORIT E. (1994). *Le Cri de la mouette*, Paris, Robert Laffont.
- LABORIT J., LABORIT M.F. (1998). « Hallucinations verbales et surdité », *Psychologie clinique*, 6, Paris, L'Harmattan, 105-116.
- LACAN J. (1949). « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je », *Écrits I*, Le Seuil, 89-97.
- LAVALLEE G. (1993). « La boucle contenantante et subjectivante de la vision (sa rupture dans les états psychotiques) », *Les Contenants de pensée*, Paris, Dunod, 87-126.
- LAVALLEE G. (1994). « L'écran hallucinatoire négatif de la vision », *L'Activité de pensée. Émergences et troubles*, Paris, Dunod, 69-143.
- MEYNARD A. (1995). *Quand les mains prennent la parole*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- MILNER M. (1952). « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole », in Bernard CHOUVIER, *Matière à symbolisation. Art, création et psychanalyse*, Paris, Delachaux et Niestlé, 29-59.
- MUSSET A. (de) (1843). « Pierre et Camille », *Œuvres complètes en prose*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D.W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D.W. (1963). « De la communication et de la non-communication – suivi d'une étude de certains contraires », *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 151-168.

Chapitre 8

L'ENTRETIEN CLINIQUE AVEC UN SUJET ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

PRÉAMBULE

Cette pratique de l'entretien que nous allons exposer repose sur la rencontre avec un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer et institutionnalisé. L'institutionnalisation d'un tel malade découle généralement d'une dégradation importante de l'état psychique de ce sujet ne lui permettant plus de rester à son domicile. À ce stade de la maladie existe généralement une forte difficulté pour entrer en communication avec le patient. Outre cette difficulté naturelle, il nous faut aussi attirer l'attention du lecteur sur le fait que l'intervention du psychologue clinicien va se faire non pas dans un contexte médical psychiatrique, mais dans un contexte classé médical neurologique où la dégénérescence cérébrale et les neurosciences font force de loi.

Les neurosciences... sont devenues une référence obligatoire, voire exclusive, à la compréhension de tout phénomène psychique. Cette omnipotence a été intégrée à un quasi-dogme : toute connaissance obtenue dans un cadre différent de la méthode expérimentale doit être considérée comme suspecte ; à la limite, elle doit être bannie du thésaurus des connaissances modernes.

J.-M. Léger, « La notion de personne humaine est-elle compatible avec les avancées actuelles de la biologie et les principes de la médecine contemporaine », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 33, Paris, Masson, 2006, p. 2.

C'est cette tentative d'ériger en dogme un savoir partiel de l'être humain comme s'il était le modèle explicatif de tout phénomène psychique – y compris les troubles du comportement – qui va engendrer le premier écueil auquel le clinicien va être confronté. Il n'y a de passage de la généralité à la singularité qu'à la condition de sortir – en cet instant qu'est l'entretien clinique – l'institutionnalisé du champ du médical, pour lui permettre sa réinscription dans le champ du désir, et ainsi continuer à le regarder comme un être humain désirant, pourvu d'un bagage historique. Ce qui n'est pas si simple dans un contexte médicalisé et/ou à tendance médicalisante, comme

en atteste l'interrogation du président de la Société de Psychogériatrie de langue française et professeur de médecine J.-M. Léger : « *La notion de personne humaine est-elle encore compatible avec les avancées actuelles de la biologie et les principes de la médecine contemporaine ?* » (Léger, 2006, p. 1.) Il est pourtant possible et intéressant d'un point de vue clinique, dès lors que l'on regarde avec un regard scientifique non sectaire, de voir que les neurosciences et la psychanalyse sont complémentaires pour la compréhension de l'être humain (Chevance, 1999, 2003, 2005). Car en effet, « nombre de découvertes de la neurophysiologie apportent de l'eau au moulin de Freud » (Pommier, 2004, 4^e de couverture). Généralement, on pense que des sciences comme la biologie ou la génétique réduisent la portée scientifique de la psychanalyse. Nous pensons qu'au contraire, elles renforcent la psychanalyse, pour peu que l'on ne cherche pas à les opposer mais à voir leur complémentarité dans la compréhension de l'être humain (Chevance, 2004). Cependant le principe de complémentarité exclut de fait la possibilité que l'un puisse prendre la place de l'autre. C'est pourtant ce à quoi prétendent certains. C'est la raison pour laquelle aujourd'hui nous voyons tant de soignants, de médecins, mais aussi de jeunes psychologues totalement démunis et de ce fait en grande difficulté face aux troubles du comportement des patients. Pour entendre la souffrance qui peut rendre compte d'un trouble du comportement, il faut commencer par écouter si l'on veut entendre. Or la tendance est implicitement voire explicitement de véhiculer l'idée qu'il ne sert à rien de prendre en compte la parole du patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou de chercher à comprendre son comportement car c'est la vieillesse et la dégénérescence qu'elle génère qui en sont la cause : ce qu'il dit ou fait est démentiel. La démence (*dementia*) est une folie et de cette classification du patient Alzheimer découle que ses actes et propos soient trop fréquemment tenus pour insensés. Vu sous cet angle, l'entretien est une perte de temps et le médicament la solution que l'on cherche à privilégier. Cette dernière solution peut grandement nuire à la possibilité d'entretien déjà fort compliqué. Pour ce qui concerne les médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer, la science pharmacologique « reconnaît le peu d'activité durable des produits proposés aux malades, elle leur attribue même des effets négatifs, vecteurs de mortalité » (Léger, 2006, p. 3). Parmi les effets négatifs, il en est un trop fréquemment scotomisé : l'agressivité. C'est pourquoi lorsque l'on nous demande de voir un patient agité ou agressif, il est important de savoir, avant de faire cet entretien, s'il y a eu changement de médicament ou de dosage. On entend souvent dire que l'agressivité est inhérente à la maladie, or de tels propos ne sont pas acceptables : la maladie peut certes jouer un rôle dans l'agressivité notamment par le biais de médicaments mais, dans la majorité des cas, l'observation et l'entretien cliniques mettent en évidence la dimension psychosociale et psychique du phénomène. Si, au travers de ce qui est très souvent l'expression de la souffrance (morale ou physique) et de l'angoisse d'un être humain malade, on ne voit en ce dernier

qu'une maladie, en l'occurrence la maladie d'Alzheimer, il n'y a alors plus de rencontre possible avec l'autre, plus de rencontre avec son désir, ses angoisses, ses conflits psychiques, plus d'entretien par absence de communication. Or le plus difficile avec ce genre de population, n'est-il pas justement d'établir le contact ?

On peut à ce propos paraphraser C. Chiland (1985, p. 88) en remplaçant « enfant » par « patient Alzheimer » : « Tout autant que la personnalité *du patient Alzheimer*, les théories, les choix techniques, le style, la personne du clinicien jouent un rôle. Il est des cliniciens particulièrement doués pour travailler avec *des patients Alzheimer*. Et chacun de nous ne réussit pas à établir le contact avec n'importe quel *patient Alzheimer* ». Ce qui nous donne un texte tout aussi pertinent que son original.

En dehors de la qualité du clinicien, de ses références, de sa formation universitaire et du travail personnel fait sur soi pour entendre, il faut que la communication existe de préférence par la parole. Ce qui n'est pas acquis d'office avec notre population de référence, car si le corps, notamment par le biais de régressions, est régulièrement le vecteur d'informations, ces informations, lorsque une personne devient âgée, ont de fortes chances d'être cataloguées comme étant les stigmates du vieillissement physique, d'autant plus encore s'il s'agit d'un patient Alzheimer. Il ne s'agit pas de nier les effets du temps sur le corps, mais de rappeler que nous parlons (à un) d'un être humain, pas (à une) d'une machine, ni (à une) d'une plante. Il est fondamental qu'un temps important d'« échange » verbal existe pour continuer à qualifier l'adulte âgé d'humain parmi les humains. Ce temps fondamental qu'est l'entretien, étant du côté du corps médical réduit à sa plus simple expression, voire exclu de l'examen clinique (Léger, 2006), il appartient au psychologue de jouer en ce domaine pleinement son rôle de clinicien.

Après cet indispensable préambule, nous allons rendre compte à partir d'une rencontre avec un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer des spécificités de l'entretien avec un patient souffrant de cette maladie. Tout en précisant que ce travail n'a pas la prétention de représenter l'entretien type, car les variables humaines et physiques sont trop nombreuses, mais d'être le plus formateur possible pour le psychologue souhaitant intervenir en psychogériatrie, en lui offrant la lecture d'un cas typique.

1 ORIGINE DE LA DEMANDE D'ENTRETIEN

Lors d'une formation sur la compréhension des troubles du comportement des patients Alzheimer, fut évoqué par des soignants, à partir du problème de l'incontinence, le comportement de madame Blois, âgée de 72 ans.

Très fréquemment, lorsque une personne âgée a une miction dans un endroit inapproprié, donc en dehors des règles sociales établies, on lui met arbitrairement une couche considérant qu'elle est incontinente ou qu'elle a perdu ses repères (incapacité à se repérer dans l'espace) et de ce fait ne trouve plus les toilettes. Ce sont certes là deux raisons tout à fait crédibles mais insuffisantes d'un point de vue causal. Il est alors proposé aux soignants – dans le but de redonner une place au psychique du sujet – de réfléchir sur l'intérêt de remplacer le terme d'incontinence – du fait qu'il entérine le problème au niveau du corps – par celui d'énurésie, ainsi que de réfléchir sur la possibilité qu'il existe d'autres raisons pouvant faire de ce fait qu'est l'incontinence un acte. Ceci m'a alors conduit à évoquer le constat suivant, observé dans une recherche : lorsque, dans un dortoir où les lits sont très proches, on augmente significativement la distance entre les lits, la prévalence de l'incontinence diminue, et dès qu'on les rapproche, elle augmente de nouveau. Ce qui peut s'entendre comme mécanisme de marquage du territoire (atavisme défensif). Autre fait observable et typique du fonctionnement psychologique humain, c'est le constat qu'un enfant propre depuis déjà un certain temps peut perdre, à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur, la maîtrise de ses sphincters et devenir énurétique (régression à des étapes dépassées de son développement, mécanisme défensif adaptatif).

Diverses interprétations commencent à être évoquées notamment à propos du : « Mais pourquoi donc “fait-elle pipi” dans le couloir ? » Entre autres, cela ne pourrait-il pas faire penser à une problématique généralement plutôt masculine que féminine ? Deux soignantes échangent alors à voix basse des propos certainement importants et il leur est demandé de les restituer au groupe. Très gênée, l'une d'elles reprend : « La dernière fois, Mme Blois m'a dit en joignant le geste à la parole “j'ai la bite qui me gêne”. » On voit que ce sont là des paroles propres à la gent masculine. Les soignantes apportent d'ailleurs, à ma demande, une précision sur la position de cette dame lorsqu'elle fait dans le couloir : elle urine debout comme un homme. On peut donc penser que l'on est en présence d'un cas de régression au stade phallique. Cette interprétation donne d'ailleurs du sens au fait d'uriner dans le couloir et non pas dans un autre lieu¹. De cette hypothèse va découler l'entretien. Mais, si l'on s'autorise à poser une hypothèse quant au comportement d'un patient ou de sa problématique, on se doit de ne rien attendre qui soit exclusivement de l'ordre de notre pur désir. Ce qui implique que l'hypothèse ne soit pas le fruit de notre désir, mais basée sur ce qui nous semble être le désir du patient d'où s'origine le symptôme en tant qu'expression de la réalisation d'un fantasme inconscient. Afin d'essayer de comprendre la réalité de Mme Blois, je décide d'avoir avec elle un entretien.

1. Voir à ce propos nos développements théoriques dans : A. Chevance, 2005, p. 135-136.

2 LE CADRE PHYSIQUE DE L'ENTRETIEN

C'est le cadre de santé (C.S.) qui me présente madame Blois, alors au salon. Je propose à cette dame de m'entretenir avec elle. Deux possibilités s'offrent à nous : soit dans un bureau, soit dans sa chambre.

C.S. — Bonjour Madame Blois je vous présente Monsieur Chevance, qui est psychologue.

Mme Blois. — *Bonjour Monsieur.*

Le psychologue (A.C.). — Je souhaiterais m'entretenir avec vous, seriez-vous d'accord ?

Mme Blois. — *Oui.*

C.S. — Madame Blois ayant quelques difficultés à marcher, peut-être pourriez-vous vous entretenir dans sa chambre qui se trouve à deux pas d'ici ?

(Du regard C.S. nous interroge, madame Blois et moi-même.)

Mme Blois. — *Oui.*

A.C. — Pas de problème pour moi dans la mesure où il n'y a pas d'autre lieu où faire un entretien dans le respect de la confidentialité et facilement accessible à Madame Blois.

Le cadre de santé aide madame Blois à se lever et lui donne le bras pour marcher. En chemin madame Blois dit une suite de mots sans logique apparente, mais un mot va attirer notre attention.

C.S. — Vous avez entendu ce que j'ai entendu ?

A.C. — Je pense que oui ! Vous faites probablement allusion au mot « érotique » ?

C.S. — Oui !

A.C. — Avez-vous remarqué à quel moment elle en a fait usage ?

C.S. — Non.

A.C. — Elle a dit ce mot quand nous sommes passés devant la chambre de droite où un homme était allongé sur le lit.

Ceci démontre une capacité fantasmatique chez madame Blois, semblable à celle que l'on peut remarquer en tout être humain, comme en atteste le fait que lorsque j'évoque cet événement, les soignantes me demandent souvent si cet homme était nu. Non, il ne l'était pas, et sa posture et son comportement étaient sans ambiguïté. Il s'agit chez madame Blois d'une pure érotisation provoquée par l'association des signifiants : chambre, lit et homme. Érotisation confirmée par l'interrogation des soignantes à propos de la nudité de

l'homme, interrogation qui qualifie le contexte comme étant naturellement érotisant pour tout un chacun.

Le mot *érotique* exprime le désir, l'imaginaire et le symbolisme, et met en évidence chez madame Blois la permanence d'une vie psychique où le fantasme est l'expression de la permanence du désir. Il est ici à partir d'un réel, matrice des désirs actuels, mais aussi présence de l'imaginaire et du symbolique.

L'un des enjeux de l'entretien pour comprendre la problématique et/ou les comportements du sujet Alzheimer est d'arriver à savoir où se situe le sujet par rapport au fantasme. Faire la part des désirs actuels, des désirs archaïques, des désirs conscients, des désirs inconscients et de l'intrication possible de ces désirs. Mais pour comprendre le sujet, il faut aussi essayer de saisir comment tout désir peut aussi être lié à la régression par un objectif : celui notamment de retrouver une satisfaction absente aujourd'hui du réel, qui n'est plus de l'ordre du possible.

Le choix comme cadre de la chambre comme lieu de l'entretien doit être pris en compte car il n'est pas sans relation avec le développement fantasmatique du sujet.

3 REGARD DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN SUR LA TENUE VESTIMENTAIRE DE LA PATIENTE

Présentement c'est du point de vue du quantitatif de la tenue vestimentaire que je me suis laissé interpeller : madame Blois est assise dans son fauteuil avec sur ses genoux un gilet. Je suis moi-même assis sur une chaise en face d'elle. Elle me regarde fixement, je n'ai donc pas besoin, comme c'est souvent le cas avec les patients Alzheimer, de chercher à capter son regard.

A.C. — Madame Blois, vous êtes bien installée ?

Mme Blois. — *Oui.*

A.C. — Vous êtes à l'aise, la température vous convient-elle ?

Mme Blois. — *Oui.*

Je pose cette question car pour ma part je trouve qu'il fait très chaud et constate que madame Blois était déjà chaudement couverte avant de rajouter sur ses jambes un gilet. Je prends donc note que madame Blois déjà très

couverte éprouve le besoin – dans le contexte de l'entretien – de se couvrir davantage. Dans les pathologies démentielles, le fait de se couvrir de manière excessive est généralement ramené à un trouble de type hypoesthésique, plus précisément à un trouble quantitatif de la sensibilité thermique mis en relation directe avec l'atteinte neurologique. Pourtant, le même comportement constaté chez une femme plus jeune provoquerait un questionnement causal tout autre. Prenons par exemple le constat fait, lors de mes cours dispensés à l'université de Picardie sur l'entretien clinique, à propos d'un jeu de rôles sur l'accueil du patient par le psychologue. Pour mieux en comprendre les enjeux psychiques, j'indiquerai le contexte dans lequel ce jeu de rôles a eu lieu, ainsi que quelques points de détail importants.

Ce cours de maîtrise a toujours eu lieu au mois de décembre dans une petite salle surchauffée. Le cours se passait dans une ambiance détendue avec un groupe d'étudiants qui se connaissaient bien et dont le nombre ne dépassait pas douze.

Il était demandé à l'étudiante qui avait choisi de jouer le rôle de la patiente de sortir dans le couloir et d'attendre que l'étudiante-psychologue vienne la chercher. Premier constat : les étudiantes-patientes systématiquement sortaient en prenant leur manteau avec elles, laissant le reste de leurs affaires. Deuxième constat : lorsqu'elles rentraient dans la salle de cours, elles avaient revêtu leur manteau. Troisième constat : durant tout le temps de l'entretien, elles restaient vêtues de leur manteau. J'ai poussé les conditions climatiques de l'entretien à l'extrême en demandant à ce que les fenêtres restent fermées, les radiateurs ouverts et j'installai la chaise contre le radiateur. Malgré des conditions très pénibles, les résultats sont restés identiques. Deux questions furent alors posées aux étudiantes : « Pourquoi avez-vous gardé votre manteau ? » « Si on vous avait demandé de le retirer, l'auriez-vous fait ? » Voici deux des réponses données à la première question et qui sont représentatives de l'ensemble des réponses données : « J'avais l'impression d'être un rat de laboratoire » et « J'aurai eu la sensation d'être nue ». En ce qui concerne la deuxième question, l'ensemble des étudiantes répondirent unanimement : « Non ! »

Il est remarquable que l'habit, en l'occurrence ici le manteau, sécurise. Bien avant nous Chiland¹ avait mentionné que garder son manteau lors d'un entretien protégeait du désir de séduire. C'est pourquoi je pense, à partir de ces constats, que dès lors qu'un sujet âgé est trop chaudement vêtu, penser systématiquement à un trouble de type hypoesthésique peut s'avérer être une erreur. Peut-être est-il plus facile de penser que le corps de la personne âgée est un corps asexué lié exclusivement aux influences climatiques, que de le reconnaître comme corps sexué lié au désir.

1. C. Chiland, 1985, p. 22.

4 D'UN APPARENT MONOLOGUE À DEUX VOIX À UNE ATTENTION FLOTTANTE

La suite de l'entretien, pour quiconque nous aurait observés à ce moment-là, lui aurait donné à penser qu'il n'y avait pas de communication entre madame Blois et moi-même : elle me tenait un discours totalement décousu et, de mon côté, je lui disais des choses qui semblaient n'avoir aucun écho chez elle. Il faut savoir qu'un Alzheimer a d'autant plus de mal à avoir un langage cohérent s'il est angoissé.

À propos du fait qu'elle fait pipi dans les couloirs, le psychologue peut être tenté d'aborder le sujet directement. Mais en faire état ne nous apportera pas de réponse, car conter un tel événement ne ferait pas sens pour la simple et bonne raison que madame Blois fait partie de ces malades qui se sont reconstruits un monde extérieur à l'intérieur de l'institution. Pour fuir la réalité de l'enfermement institutionnel, ces malades se recréent un monde à eux où ils ont leur maison (c'est leur chambre), le dehors (c'est le couloir) et des lieux de convivialité extérieurs à leur maison tels que salon de thé, café, restaurant, etc. (ce sont le salon et la salle à manger). Ainsi, pour madame Blois, uriner dans le couloir, ce serait uriner dehors contre un mur avec cette « liberté » qu'ont les hommes. Il s'agirait là du « pouvoir faire quand on veut, comme on veut, où l'on veut ». Ce « pouvoir faire »-là représenterait pour cette femme tous les « pouvoir faire » qu'en tant que femme elle n'a pas eus.

Dans un tel contexte, madame Blois ne pourrait pas comprendre qu'on fasse référence à un réel qui n'est pas le sien, d'autant plus que nous ne serions plus du point de vue chronologique dans une proximité de l'action. Si une personne fait pipi dans le couloir et que suite à cette action on lui dit « Mais vous avez fait pipi dans le couloir », la réponse qu'on obtient très fréquemment dans ce genre de situation est : « Mais qu'est-ce que vous me racontez là ! Vous dites n'importe quoi ; j'ai fait pipi dehors. » La personne se souvient très bien de ce qu'elle vient de faire, mais pour elle l'action ne s'est pas passée dans le couloir. Si vous lui parlez de l'événement quelques heures après qu'il s'est produit, elle ne comprendra pas de quoi vous lui parlez. Dans les deux cas, si vous insistez, vous générerez chez le sujet une légitime agressivité défensive et vous serez dans le meilleur des cas un menteur, dans le pire un fou qui dit n'importe quoi.

Pour madame Blois, il est établi qu'elle fait pipi dans les couloirs comme un homme.

Je tente alors d'entrer en communication avec elle tout en testant sa perception de l'intérieur et de l'extérieur, sa capacité à prendre en compte le réel dedans-dehors.

A.C. — Vous avez une belle vue sur l'extérieur.

Mme Blois. — *Oui.*

A.C. — Il y a une école à proximité, on entend des cris d'enfants qui jouent.

Mme Blois. — *Je ne sais pas...* (Silence.)

Devant ce mur de silence défensif, pour tenter de débloquent la situation, je décide d'utiliser une phrase clef, découlant de mon hypothèse et utilisant le contexte.

A.C. — Quand on est enfant, on souhaite parfois être quelqu'un d'autre...

Mme Blois. (Silence mais agitation du corps, plus particulièrement des mains.)

A.C. — On peut souhaiter être un adulte... être un garçon quand on est une fille...

Ici commence chez madame Blois une phraséologie qu'on retrouve communément chez les patients Alzheimer en situation stressante : discours incompréhensible composé de mots classiques et courants mais sans articulation logique entre eux, associés à des mots que l'on pourrait, pour certains, qualifier de néologismes. Madame Blois ponctue son discours de silences plus ou moins longs, les silences brefs correspondant en grande majorité à des temps de tentative de recherche de mots. Contrairement à ce qui se fait régulièrement avec ce genre de patients dans la situation de recherche de communication dans le quotidien, il faut être, dans le cadre de l'entretien, très prudent dans l'aide à la recherche de mots. Certes certains patients s'angoissent quand ils ne trouvent pas leurs mots, mais dans l'ensemble c'est surtout parce qu'on les brusque dans leur recherche de mots ou qu'on les met en situation d'échec qu'ils angoissent. Respecter les temps de silence d'un patient, c'est là une des difficultés de l'entretien clinique avec le patient Alzheimer. J'ai constaté lors d'entretiens filmés, effectués aussi bien dans le cadre de mon enseignement universitaire que de mes formations hospitalières, une constante : les étudiants en psychologie et les stagiaires soignants hospitaliers ont tous, avant de visionner l'entretien qu'ils ont mené, la certitude d'avoir pris en compte la consigne de respecter les temps de silence, et pourtant lors du visionnement ils sont tous très surpris de constater que tel n'est pas le cas. Le travail fait autour de cette question a mis en évidence leur angoisse face au silence.

Pour l'étude du discours dans sa globalité, l'écoute flottante est indispensable si l'on ne veut pas être submergé par un ensemble thématique et associatif alambiqué et si l'on veut entendre, par-delà la complexité grammaticale et phonétique, les pensées et les processus latents du sujet dément.

A.C. — C'est pas toujours drôle d'être un enfant. Les adultes ont plus de liberté...

A.C. — Les garçons aussi ont plus de liberté, on leur laisse plus de liberté, ils peuvent sortir...

Dans les propos décousus que tient alors madame Blois en écho aux miens, un mot va retenir mon attention, sans que je sois en mesure de dire pourquoi. Ce mot c'est « Gorgone ». Je n'ai pas, dans un premier temps, retenu ce nom pour ce qu'il est, mais pour son impact sur moi. Son sens a échappé à ma conscience de l'instant. Un nom hors de son contexte et noyé dans un ensemble peut rester non perçu d'un point de vue du sens, nous n'avons pas conscience de sa valeur. Sans doute sommes-nous là en présence de l'action de cette censure postulée par Freud entre le conscient et le préconscient dont le but serait de favoriser l'exercice de l'attention. Il est vrai qu'en général, il est beaucoup plus difficile, dans le contexte d'un entretien avec un patient Alzheimer comme madame Blois, de tenir une attention flottante. Pourquoi ai-je retenu ce mot plus qu'un autre ? Tout d'abord parce que ce nom de la mythologie grecque ne m'était pas inconnu, mais aussi du fait que j'adhère à l'idée que les mythes sont des matrices dont la fonction est de produire du sens. Il y a plusieurs légendes des Gorgones, présentement la plus pertinente me semble être celle de Diodore pour qui les Gorgones « formaient un peuple belliqueux et comparable aux Amazones. Elles habitaient un pays aux confins de celui des Atlantes¹ ». Mais au-delà de la symbolique phallique de ce nom, c'est en premier lieu la façon de le dire de madame Blois, l'agencement des mots et leur tonalité qui m'a interpellé. Pour mieux comprendre l'importance de ce qu'on pourrait appeler la musique des mots, je vais résumer les observations faites lors d'un entretien filmé avec une patiente Alzheimer.

Lors d'une formation sur l'entretien clinique à plusieurs groupes d'un même hôpital, après avoir visionné plusieurs fois le même entretien filmé, nous avons mis en évidence différentes particularités permettant de discriminer l'observation de l'écoute pour ensuite les réunifier en un tout complémentaire et hautement significatif de la problématique du sujet.

Dans un premier temps, l'entretien effectué, en ma présence, par une stagiaire du premier groupe est projeté à l'ensemble de ce groupe. Un certain nombre de points remarquables sont mis en évidence, ce travail d'analyse de l'entretien nous conduit à faire l'hypothèse que la personne dans son enfance a été victime d'un abus sexuel, resté à ce jour secret.

Ayant jugé cet entretien très intéressant, je décide de le faire visionner à un autre groupe de stagiaires du même hôpital. Mais en raison des observations qui

1. P. Grimal. 1986, p. 168.

nous avaient amenés à poser l'hypothèse de l'abus sexuel, je décide d'exploiter différemment ce support en le faisant visionner quatre fois :

- une première fois en demandant aux stagiaires de faire état de leurs observations et de les noter ;
- une deuxième fois en écoutant sans l'image, c'est-à-dire en se concentrant sur la musique des mots : ton, agencement des paroles, silences... en écoutant sans se fixer sur une thématique, tout en restant à l'écoute des ruptures thématiques et des répétitions ;
- une troisième fois sans le son, pour observer la communication non verbale ;
- enfin une quatrième fois avec son et image, pour évaluer le chemin parcouru dans la qualité de l'observation et l'écoute.

Les constats qui résultent de ce travail sur l'observation et l'écoute sont les suivants.

Tout d'abord il est observé à partir du premier visionnage complet de l'entretien (son et image) qu'il est question à certains moments de l'entretien d'un abus sexuel. Les propos et comportements qui donnent à penser que la personne a subi un abus sexuel dans l'enfance ont été difficilement perçus par certains. C'est là un point sur lequel il faut s'arrêter. Il faut absolument prendre en compte les raisons qui font que l'on peut ne pas percevoir certains propos. Car certes cela peut provenir de l'inexpérience clinique du stagiaire, mais cela peut aussi être le fait d'une expérience traumatique vécue par un stagiaire ou un étudiant en psychologie et n'ayant pas fait l'objet d'un travail analytique. C'est pourquoi je propose toujours que les autres visionnages ne soient faits que le lendemain. Ceci donne la possibilité à tout sujet mis en difficulté par ce qu'il a ressenti en première lecture, de prendre la décision de ne pas continuer l'étude de cas en ne revenant pas le lendemain, et de mettre en place une démarche d'évitement afin de ne pas être confronté à une thématique pour laquelle il n'est pas prêt. En conséquence de quoi, je leur propose donc de repasser le film le lendemain. Mais comme énoncé précédemment dans un premier temps en ne s'occupant que du son, puis dans un second temps uniquement de l'image sans le son et pour finir de le revoir avec toutes ses composantes observables.

Lors du passage du film de l'entretien sans les images, il est demandé aux personnes de se laisser habiter par les mots, d'être dans une écoute flottante. Dans cette position d'écoute, les propos qui ont le plus interpellé sont ceux qui avaient pour dénominateur commun la question de l'abus sexuel.

En coupant le son et en demandant aux soignants d'observer la personne et de noter les changements de comportements et d'attitudes, il est observé qu'à certains moments, l'acuité du regard de la patiente et l'axe de son regard n'étaient plus les mêmes. Durant la majorité de l'entretien, la personne qui faisait fonction de clinicien avait, comme on se doit de faire dans les entretiens avec les patients Alzheimer, capté le regard de la malade.

Or il est constaté qu'à certains moments, son regard se décrochait du regard « de la » stagiaire qui faisait passer l'entretien. Non pas pour fuir le contact avec celle-ci, mais pour rechercher notre regard, celui « du » psychologue. L'ensemble des stagiaires constate qu'à ce moment-là son regard n'était plus le même ; selon les propos des soignants qui connaissent bien cette dame, son regard n'était pas « un regard sympathique », mais un regard pour le moins chargé d'agressivité. La communication n'était pas coupée, elle passait simplement d'une relation à deux à une relation à trois, sans pour autant s'inscrire dans une triangulation œdipienne au sens problématique du terme, mais plutôt dans un clivage de l'objet (mécanisme de défense considéré par Melanie Klein comme le plus primitif contre l'angoisse) où je prenais fonction de mauvais objet. Il est important d'accepter d'être le mauvais objet d'un patient Alzheimer, d'être ainsi le catalyseur qui va lui permettre d'évoquer « l'événement traumatique¹ ».

Nous avons vu, dans l'exemple de cet entretien filmé, l'importance de l'écoute et notamment de l'attention flottante, mais aussi de la communication non verbale. Ce sont là deux valeurs que nous allons retrouver dans l'entretien de madame Blois.

Ayant eu, à partir du masculin phallique, en écho une réponse du côté du féminin phallique (les Gorgones) nous avons dirigé l'entretien du côté de l'estime de soi. Un recentrage du côté du soi et du narcissisme de la patiente est ici possible. Même si le sujet n'est pas venu de lui-même à l'entretien, il est en cet instant prêt à communiquer, prêt à se dire. Malgré la difficulté de communication avec madame Blois, partant du précepte que le malade Alzheimer comprend beaucoup plus de choses qu'on ne le pense en général, même s'il donne l'impression de ne rien comprendre, je n'en continue pas moins mon discours tout en écoutant ce qui semble être en retour des propos discordants.

Il s'agit bien de donner toute sa place à la parole dans la relation thérapeutique avec le patient Alzheimer, parole soutenue par la théorie psychanalytique. Car si le cadre physique de l'entretien est différent du cadre psychanalytique, le cadre théorique qu'offre la psychanalyse est toutefois nécessaire pour entendre le désir du dément. L'Alzheimer est toujours dans le désir, c'est pourquoi la régression par sa dimension défensive et surtout adaptative, non seulement lui en ouvre l'accès, mais aussi l'y autorise.

A. Chevance, 2005, p. 135.

C'est ce que nous montre madame Blois.

1. Voir l'importance de l'événement traumatique dans les hypothèses de l'étiologie de la maladie d'Alzheimer (A. Chevance. 2005, p. 116-119).

Je lui parle de son désir, celui peut-être d'être un garçon, en citant diverses raisons renvoyant notamment à la dimension phallique. Et dans le même temps je valorise la femme, son désir de liberté, d'extérieur.

A.C. — Être une fille, c'est pas mal non plus. Les filles ont des atouts, des capacités, des possibilités que les hommes n'ont pas.

Elle se met alors à tordre le gilet qu'elle a sur ses genoux, puis brusquement me dit : « *Vous voyez le petit bout... vous voyez le petit bout...* » : avec son gilet, elle s'est à hauteur du bas-ventre constitué un petit pénis.

Prendre en compte ici le choix de mots de la malade est fondamental. Madame Blois n'a pas fait le choix de parler de pénis, mais de petit bout. Mais n'est-ce pas ainsi que l'on qualifie souvent le pénis du petit garçon ! Nous voyons ici l'expression d'une régression que l'on peut qualifier de régression phallique. Le nom Gorgone prend ici tout son sens, madame Blois est d'un point de vue fantasmatique une Gorgone¹.

Un second entretien viendra confirmer notre hypothèse en complétant l'appareil génital du petit garçon.

Ce deuxième entretien comporte quatre temps, ou plus exactement madame Blois passe par quatre phases, par quatre alternances d'état.

Dans un premier temps, elle est en repli Alzheimer.

Puis mon contact physique – je lui prends la main – la ramène à la réalité et sa réaction est surprenante : « *Oh vos mains sont rudement froides, vous venez de dehors, il doit faire très froid, vous auriez dû mettre des gants.* » Étonnant moment de lucidité et de maîtrise du langage pour qui généralement balbutie des mots sans suite ; je venais effectivement de dehors et mes mains étaient glacées.

Puis très vite nous partons chacun dans ce qui paraît être un monologue où tous les deux nous parlons, semblant ne pas écouter l'autre, jusqu'à ce que j'évoque la même thématique que lors du précédent entretien.

Elle se met alors à me parler des petites cerises. Je lui dis : « *Après le petit bout, nous avons maintenant les petites cerises. Le service est maintenant complet.* » Elle se met à rire avec un regard qui en dit long sur son bien-être de l'instant.

1. Ce fantasme mériterait un développement complémentaire et fera l'objet d'un prochain travail sur les troubles du comportement des patients Alzheimer.

Pour comprendre ce qui s'est passé à partir de mon mot d'esprit faisant référence à l'appareil génital masculin, nous nous devons de nous référer à Freud et son point de vue sur le mécanisme du rire chez l'auditeur du mot d'esprit. Selon Freud, chez l'auditeur, « L'énoncé du mot d'esprit qu'il entend fait nécessairement naître en lui cette représentation, cette liaison entre des pensées, à la formation de laquelle s'opposaient chez lui aussi de si grands obstacles d'ordre intérieur » (Freud, 1988, p. 271).

C'est pourquoi « l'énergie d'investissement utilisée à des fins d'inhibition est brusquement devenue superflue en raison de la production, par le moyen de la perception auditive, de la représentation réprouvée, qu'elle a été supprimée et qu'en conséquence, elle est prête à être déchargée par le rire » (Freud, 1988, p. 271-272).

C'est ici que le précepte précédemment énoncé qu'*un patient comprend beaucoup plus de choses que l'on ne pense en général, même s'il donne l'impression de ne rien comprendre*, prend tout son sens car l'Alzheimer n'échappe à la règle selon laquelle, pour qu'un mot d'esprit provoque l'hilarité de l'auditeur « il faut impérativement que les allusions contenues dans le mot d'esprit sautent aux yeux » (Freud, 1988, p. 273).

5 EFFET THÉRAPEUTIQUE DE CES ENTRETIENS

Le soir même de l'entretien, le cadre infirmier est venu me demander ce que j'avais fait et dit à cette dame car les soignants ne l'avaient jamais vue aussi calme. Il en fut de même après le second entretien. Les jours suivants, madame Blois arrêta de faire pipi dans le couloir. Même si l'effet thérapeutique, pour diverses raisons, s'estompa partiellement dans le temps, ce cas démontre que lorsque l'on trouve du sens au comportement d'un Alzheimer et qu'on en parle avec lui-même s'il nous semble ne rien comprendre – qu'on est à l'écoute de son discours – même si celui-ci nous semble incompréhensible – on peut réduire la souffrance de l'Alzheimer. Une régression qu'elle soit phallique ou autre est une expression de la souffrance du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- CHEVANCE A. (1999). *Psychopathologie de la vie quotidienne du sujet âgé. Alzheimer, le mal de Léthé*, thèse de doctorat de psychopathologie fondamentale et psychanalyse, université Paris 7.
- CHEVANCE A. (2003). « Alzheimer, le mal de Léthé. Une hypothèse psychogène de la maladie d'Alzheimer est-elle crédible ? », *Cliniques méditerranéennes*, 67, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 105-146.
- CHEVANCE A. (2005). « Désir d'oubli chez le patient Alzheimer, un concept clé pour une prise en charge psychothérapique », *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, 107-159.
- CHILAND C. (1985). *L'Entretien clinique*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1988). *Le Mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*, Paris, Gallimard.
- GRIMAL P. (1986). *Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine*, Paris, PUF.
- LÉGER J.-M. (2006). « La notion de personne humaine est-elle compatible avec les avancées actuelles de la biologie et les principes de la médecine contemporaine », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 33, Paris, Masson, 1-4.
- POMMIER G. (2004). *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion.

Chapitre 9

L'ENTRETIEN CLINIQUE AUPRÈS DU DÉFICIENT MENTAL OU LA RENCONTRE CLINIQUE À L'ÉPREUVE DU TRAGIQUE

Toute clinique compte au moins un être parlant : le clinicien !... dont le sens commun croit savoir qu'il passe le plus clair de son temps à se taire !

M.-J. Sauret, *La Psychologie clinique – histoire et discours, de l'intérêt de la psychanalyse*,
Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2002, p. 18.

Il suffit en effet de réfléchir une seconde pour songer que l'enfant et le débile ne sont pas assez idiots pour faire un effort quelconque pour parler et appeler ce qui est déjà là.

F. Tosquelles, *Cours aux éducateurs*, Nîmes, Champ social, réédition 2003, p. 37.

1 PRÉSENTATION DU CAS

Claude est un adulte déficient d'une trentaine d'années. Il vit depuis dix ans dans un foyer médicalisé du Sud de la France, où je travaille comme psychologue clinicien. Son accès à la verbalisation se limite à quelques borborygmes. Depuis quelque temps, Claude alterne des phases d'isolement durant lesquelles il gribouille dans son coin, à même le sol, à l'aide d'un bâton, avec des périodes de violence, cassant la télévision du pavillon, agressant les autres résidents, criant à tue-tête... Il est vrai que des naissances dans sa famille ont réorienté les investissements vers des nouveau-nés, en lieu et place de sa personne. Cet événement a remis au centre du débat familial la question du handicap et de sa transmission d'angoisse, avec son cortège humain d'impuissance, voire d'impossible à vivre et à penser... Confronté à l'expulsion natale de l'autre, expulse-t-il à son tour, (s')excluant au travers d'un symptôme d'encoprésie qui se renforce ?





C'est en tout cas à partir de cette question, qu'est prise en équipe la décision d'entamer une série de rencontres en compagnie de son éducatrice référente, et ce dans le but de partager du sens autour de sa souffrance symptomatique du moment, de ce retrait de l'attention parentale à son égard, celle-là même qui le conduit à l'angoisse, la dépression et la détresse manifestes.

Les premiers entretiens s'avèrent difficiles : Claude refuse de s'y rendre, malgré l'accompagnement et la présence de sa « référente ». Une fois installé, il se lève, ne me regarde pas, refuse mes propositions de dessin, rote et bave beaucoup. Son agitation motrice est ponctuée par des cris. Il s'accroche à un catalogue, sorte d'objet contra-phobique qui l'accompagne sans cesse, y compris lors de nos rencontres. Il vient de pleuvoir en cette journée d'automne, et Claude, qui est allé gratter la terre auparavant, est plein de boue. Celle-ci, mélangée à la bave, envahit tout l'espace physique (sièges, bureau, feutres, livres...) et psychique (je n'arrive pas à « sortir de la gadoue », toute mon énergie passe à la régulation de ce corps qui s'agite).

Je me confronte néanmoins au signifiant^a envahissant, traduit par une pensée qui me traverse, à ce moment-là de la rencontre : « c'est la merde en ce moment dans ma vie ». Ou plutôt, il serait plus juste de dire que je l'éprouve : effet de non-sens, d'incompréhension absolue, qui traduisent une sensation de vacuité (je suis vidé...), suivie d'une colère haineuse (prête à éclater), avant que le découragement, l'ennui, et surtout l'impuissance ne m'envahissent. Je reste coi, dans l'incapacité de (le) dire, de (le) signifier, d'interpréter ce jour-là... Vacuité langagière donc : « ça » me la coupe ; manifestations de la régression^b qui se réactualisent dans la rencontre *via* les attaques de l'objet, de la personne du clinicien, du cadre, de sa place etc. et qui vont passer en psychanalyse par et dans le langage, comme par son absence (silence de la parole). Claude n'est plus soutenu dans le monde^c : l'omniprésence parentale qui l'avait étayé tout au long de son parcours de vie et de son trajet institutionnel fait aujourd'hui défaut. Ses sorties week-end sont espacées, ou déplacées. Ce qui en faisait le rituel – en terme d'activités ou d'accompagnement parental – est modifié, l'intérêt familial (quant à la vie de Claude dans l'établissement) décroît. Le clinicien que je suis manque également de soutien : il touche le fond ou plutôt plonge dans ce sale bain boueux, inconsistant, désorganisateur, véritable saut dans le vide de l'informe, celui d'un corps désinvesti par la parole. « L'accès au matériau primitif de la vie psychique », pour reprendre les termes de Ferenczi^d, est une mise à l'épreuve pour le sujet (qui est alors indistinctement le patient et/ou le clinicien). D'où l'importance pour Winnicott de la perception endo-psychique des transformations que l'analyste reçoit et avec lesquelles il œuvre dans son activité interne auprès du patient. Cette mise en tension inter- et intrasubjective signe une forme de passage, de transport, celui-là même qui transforme l'épreuve (d'éclatement du moi) en expérience. Ce passage sous tension, cette information de l'informe, nous pouvons l'appeler transfert : je ne comprends pas vraiment mon intervention au moment où je lui demande de ne pas en mettre partout, de la couleur, mais uniquement sur un côté de la feuille... Claude sourit et s'exécute. Dans un même mouvement il accepte de lâcher le catalogue qui l'empêchait de se servir de ses deux mains. Claude s'apaise, ses rots sont étouffés et moins fréquents. Ma





sollicitation s'accompagne de paroles sur son état, son histoire, les divers éprouvés susceptibles de l'affecter, l'opportunité que représente pour lui une possible crise maturante... Son agitation a cessé : il reste en place tout au long de l'entretien. Lors des dernières rencontres, il reprendra un dessin sur lequel il gribouille. Il respectera la consigne (de ne pas griffonner au verso de la feuille ainsi que le signal de départ et d'arrêt de sa production scripturale). Il investira progressivement nos rencontres, précédant sa référente dans le bureau, me serrant la main en arrivant, visiblement apaisé et attentif aux échanges, m'interpellant parfois pour me montrer ses dessins, sa personne... Il participera, en compagnie de l'éducatrice, à la constitution d'un album photos comprenant des images de membres de sa famille, qu'il amènera en séance, à la place du catalogue.

Entre-temps, sa souffrance s'est éteinte, ses replis autistiques se sont estompés, les actes de violence ont disparu. La conduite encoprésique est moins fréquente. Quand il s'avère réactif face à la frustration, les animateurs lui parlent des entretiens avec moi, ce qui a pour effet immédiat de le faire sourire et de le calmer, montrant ainsi l'importance d'investissement de ce rapport, peut-être de ce lien d'amour, ou plutôt d'« hainamoration^e » : le ressentiment et le refus de rencontre ayant laissé place à son investissement. Réussite de la rencontre sous transfert donc, simultanément contrecarrée par le fait que les cris de Claude reviendront ultérieurement, ainsi que certains comportements antisociaux...

- a. En effet, plutôt que de penser la régression au titre d'une dégringolade d'un étage supérieur à un autre, nous comprenons que le mouvement régressif touche le « corps de signifiants » (Lacan, 1955-1956, p. 171) et non pas comme son acception commune tendrait à nous le faire croire, le corps propre.
- b. Se reporter à ce titre, à l'ouvrage de P. Fédida (2000), *Par où commence le corps humain – Retour sur la régression*, Paris, PUF, « Petite bibliothèque de Psychanalyse ».
- c. Il est *out of holding*, au sens winnicottien du terme (1947).
- d. Cité par P. Fédida, 2000, p. 5.
- e. Lacan créera ce néologisme, afin de pointer le mixte de haine et d'amour entremêlé au sein du mouvement de transfert, le préférant à la notion d'ambivalence et de clivage en la matière, tel qu'il apparaît, par exemple, dans l'approche kleinienne.

2 UNE EXCLUSION DU LOGOS

La pratique d'entretien auprès du déficient mental, et en particulier de l'arriéré profond, confronte le clinicien à cette production du corps en lieu et place d'une production langagière. Cette proposition, révélée dans la rencontre de Claude, soutient mon travail tout au long de cet écrit, dans la perspective de penser la pratique d'entretien à partir d'un tel constat, d'en saisir les implications cliniques majeures et singulières. À ce titre, les fragments d'entretien de Claude paraissent prototypiques de la mise à l'épreuve du clinicien dans une rencontre clinique analytique du déficient : ce n'est pas

tant sur la dimension du dire, l'envahissement de la parole à l'instar de la clinique des psychoses, que se réalise l'entretien, que sur son déficit partiel ou radical. Ce qui n'est pas sans conséquences sur ce qui fait, depuis Freud, le moteur et la résistance à l'entretien, à savoir la dimension du transfert, soit ce savoir issu de la relation et non d'une connaissance présupposée, d'un savoir clinique (psychopathologique, nosographique, théorique et conceptuel...) préétabli. La rencontre de Claude met en évidence les modalités d'établissement du lien transférentiel dans la rencontre de l'autre déficient, généralisable quelle que soit l'ampleur du handicap ou la carence langagière.

Ainsi la lecture de ces lignes (Cabassut, 2005a, p. 20-21) confronte-t-elle le lecteur au vacarme assourdissant du silence du verbe, au vide laissé par l'absence de parole de Claude, à ce déficit sinon mental, tout au moins profond dans les échanges langagiers. Il détermine à mon sens une spécificité de la pratique d'entretien, que l'arriéré parle peu, mal ou pas, que je vais développer ci-après du côté du sujet, du cadre clinique et institutionnel de rencontre.

Certes, les notions de parole, de langage ou de langue¹, pour ce qui concerne la psychanalyse, ne résument pas la relation à cette mécanique communicationnelle interindividuelle, tout comme elles ne réduisent pas « l'être parlant » à son habileté d'expression verbale : le sujet ne peut pas ne pas être inscrit dans le langage, quel que soit le degré d'invalidité de son expression langagière².

Pourtant, ce constat déficitaire du dire n'est pas sans conséquences sur la pratique de l'entretien clinique auprès du déficient mental, et ce tant pour le sujet, le clinicien, que le cadre institutionnel dans lequel il se déploie. Sa première conséquence sera de battre en brèche sa définition même : l'entretien, conventionnellement parlant, désigne deux personnes en train de se parler, une situation de relation entre deux sujets – tenue – par la parole et le langage (Jacobi, 1995, p. 7). Et c'est alors le fondement thérapeutique même de la clinique analytique, celui d'être une pratique langagière, qui est remis en question. L'entretien devra donc être aménagé en fonction de cette caractéristique, dans ce que l'on pourrait qualifier de variante de l'entretien type.

-
1. « Entendons alors par langage le pouvoir de symboliser (désignation des choses en leur absence, production de significations nouvelles par l'articulation de signifiants) ; par langue : une institution sociale (l'anglais n'est pas le français, et la langue de l'étudiant en psychologie diffère de celle de ses camarades étudiants en droit...) ; par parole : la mise en acte singulière – par un sujet – du pouvoir de symbolisation dans une langue. » (Sauret, 2002, p. 25).
 2. L'étymologie du mot « sujet », laisse entendre une notion de subordination, d'assujettissement et d'astreinte. Le sub-jectus latin, au pied de la lettre « jeté dessous », pourrait être rendu par le néologisme de « sous-mis ». Le sujet est bien : « l'assujetti ». (Rouzel, 2006). Bref le sujet est assujetti à l'ordre signifiant langagier qui le détermine dès avant sa naissance, en lui offrant une place (familiale, générationnelle, identitaire, etc.) et en l'inscrivant dans un discours. Ces divers éléments façonnent ce que l'on peut nommer le « sujet de l'inconscient ».

L'apport présentiel de l'animateur référent lors des entretiens traduit, dans l'exemple introductif, une possibilité parmi d'autres, de réaménagement.

Si le verbe ne tient plus la relation intersubjective, le lien instauré entre les deux protagonistes insiste cependant, et continue « *à ouvrir vers l'intrasubjectivité* » : là, un sujet peut s'entendre dire (Jacobi, 1995, p. 8), sinon parler. Mais, pour se faire, c'est au clinicien à littéralement aller chercher du sujet, là où l'arriéré ne peut verbaliser expressément sa demande d'aide, de dépôt d'une parole, d'une souffrance symptomatique, ni signifier son désir sinon au travers d'une manifestation corporelle (somatisation, comportement acté de Claude...). La visée clinique de l'entretien analytique subsiste donc : qu'advienne du sujet (du désir, de l'inconscient...) ! En lieu et place d'une personne « saisie » dans son simple aspect carenciel, déficitaire, handicapant, symptomatique... Aller chercher Claude ; le sortir de la gadoue d'où il se terre ; lui proposer un espace de parole, lieu de rencontre d'une altérité possible, où son malaise pourra s'articuler à son histoire familiale ; l'inviter à une limite psychique de jouissance du symptôme, qui par le miracle de l'amour de transfert prendra valeur de castration symboligène (cf. gribouiller seulement au recto de la feuille)...

La question de la pratique de l'entretien se pose donc clairement au clinicien : comment par et dans la rencontre, instaurer/restaurer des liens au-dedans d'une structure subjective (Jacobi, 1995, p. 8), alors même que celle-ci semble souffrir d'un déficit d'altérité et d'identité sexuée ? Il n'y a pas d'A(a)utre dans l'*acting* de Claude, ou dans son refus initial d'entretien (avec moi ou son éducatrice référente sur son pavillon). Quant à l'expression symptomatique de sa souffrance, elle ne réclame pas d'emblée une lecture des enjeux œdipiens nécessaire à son entendement, mais semble faire appel à un archaïsme qui gomme toute différence d'identité sexuée, pour verser dans la dimension de l'originnaire, voire de l'infantile. Comment rencontrer un « être parlant », alors même que de la division du langage propre à l'humain aurait achoppé, qu'un défaut constitutif de pensée et de représentations (conscientes et inconscientes) le désigne « naturellement » ? La vie psychique de Claude semble s'être arrêtée à cet examen neurologique, qui a cessé d'être pratiqué, et qui aux dires de la famille, alors qu'il était âgé de quelques années, lui aurait retiré les aptitudes (langagières, sociales, relationnelles...) qui étaient alors les siennes... Comment, enfin, subjectiver un rapport qui paraît alors s'engloutir dans un corps de jouissance, où la pulsion se débride « sauvagement », n'étant pas médiatisée par le langage ? C'est la jouissance du symptôme encoprésique, en tous les cas cette prégnance de l'analité, de l'agitation motrice, du repli autistique qui mènent, ici, le jeu de l'entretien.

Ce sont ces questions, énoncées par et dans la rencontre de Claude, qui me guideront dans cet écrit. À cet effet, je m'attarderai sur les particularités de la « psychopathologie déficitaire » et ses implications dans la rencontre d'entretien, avant d'aborder ses effets transférentiels sur le clinicien, et leurs

conséquences directes sur le travail institutionnel dans lequel s'insère une telle pratique.

3 HISTOIRE DE MOTS

L'histoire nosographique, au travers des signes syndromatiques, et/ou symptomatiques qui désignent identitairement le déficient mental, trahit l'exclusion de l'arriéré de la logique psychopathologique. Je fais ici référence au fameux triptyque « *crétinisme / imbécillité / idiotie* », dont les termes ont pour point commun le « *debilis* », soit cet « état de faiblesse », de la pensée et du verbe, auquel nous renvoie son étymologie. Cet état figé, qui représente métonymiquement (soit la partie pour le tout) la personne handicapée mentale, est à même de déteindre encore aujourd'hui sur la pratique « contemporaine » d'entretien. Faute de modélisation propre¹, le champ de la déficience et de l'arriération emprunte, par proximité analogique, au fonctionnement des psychoses organiques et/ou déficitaires, voire des psychoses pauvres², se démarquant en psychiatrie des psychoses dites infantiles ou environnementales. Il est vrai que cliniquement parlant, c'est bien la dimension psychotique qui caractérise au mieux son abord, dans une dialectique incessante entre déficit cognitif et trouble comportemental, anomalie de l'intelligence et expression (relationnelle, contactuelle, sociale, affective...) pathologique, sans que l'on puisse souvent déterminer la primauté de l'une ou de l'autre, ravivant le sempiternel débat du « *qui de la poule ou de l'œuf... ?* ». Cependant, j'avancerai que dans la psychose, le rejet du Nom du Père fait apparaître, malgré le délire ou les hallucinations, un dès-ordre symbolique langagier, lui-même rendant possible les mouvements identificatoires : l'on peut se reconnaître dans le psychotique, dans la mesure où ça parle (parfois trop et dans le vide) et que l'on parle toujours à un A(u)tre.

A contrario, il est difficile de se reconnaître en l'arriéré, tant le langage semble le fuir. Le lieu de l'altérité paraît forclus, l'autre étant, certes, aux « abonnés », mais « absents ». Cette déshumanisation, cette désubjection par déficit langagier, est trahie par le terme de « déficient mental » qui ne peut en effet être élevé à la dignité de concept, de catégorie, au sens de Kant ou de Peirce (Lekeuche, 1998), mais qui se résume plutôt à une « idée

1. Si celui-ci reste à construire, j'avais précédemment proposé quelques pistes élaboratives en ce sens, autour d'un *distinguo* entre forclusion du Nom du Père dans la psychose et forclusion du signifiant phallique dans la déficience. Se reporter à Cabassut, 2005, p. 135-136.

2. Et ce, du point de vue de la fécondité et de la richesse du délire.

générale¹ », sorte de fourre-tout empirique qui tente, bon an mal an, de traduire une réalité sensible observable (Cabassut, 2003-2005). Celle-ci, à mon sens, n'est autre que l'effet *princeps* propre au « *debilis* » de pensée et de langage ; soit cette évidence simpliste propre à l'observateur en extériorité de la souffrance déficitaire, qui s'inscrit en tant que véritable signature de la psychopathologie de l'arriéré... Elle a tendance à être reprise en écho par bon nombre de professionnels du médico-social, à l'instar du corps social lui-même : « *puisque l'arriéré n'a pas d'expression langagière (ou peu, quelques mots-phrases), puisqu'il ne comprend pas tout, alors pourquoi devrais-je lui parler* » ? C'est dire son importance dans la détermination d'un lien et d'un rapport à un sujet non supposé savoir (Cabassut, 2005a), qui va jaillir sur la difficulté de « s'entre-tenir » avec lui.

De ce fait, la visée de l'entretien bascule naturellement vers un versant éducatif, voire rééducatif, sur un plan cognitif (type maintien des acquis) mais sûrement pas spontanément vers la « noblesse » de la dimension clinique, ou mieux thérapeutique... encore moins subjectivante. Cette inclination s'accroît pour le clinicien dans l'éprouvé d'impuissance, voire d'impossible, au sein de l'échange langagier. Bref, nos pratiques d'entretien peuvent être encore contaminées par l'équation « faiblesse du langage = absence de pensée ». Si « *penser consiste à manipuler des signes* » (Gori, 1998, p. 8), en l'occurrence langagiers, la conception « débilite », autrefois chère aux aliénistes, et consistant à « civiliser » l'arriéré en l'inscrivant dans le langage², impose encore souvent son dictat. Il révèle nos résistances à ouvrir des espaces de parole, à maintenir des entretiens dans la durée, à dépasser le rééducatif pour accéder au thérapeutique.

4 LA « POUSSÉE » PULSIONNELLE À LA PLACE DE LA PAROLE

Claude maculé de boue, bave et rote en séance ; il souffre d'encoprésie et alterne accès de violence et replis autistiques. L'absence de parole laisse se déployer l'agitation d'un corps qui semble alors livré à lui-même, car sans A(a)utre ; un corps qui n'est plus élevé et maintenu à la verticale par le signifiant qui lui éviterait, à l'inverse de Claude, la dépression vers le sol ; un corps en proie à son fonctionnement instinctuel, biologique et pulsionnel.

1. L'idée générale est définie par une classe d'objets donnée ou construite, convenant d'une manière identique et totale à chacun des individus formant cette classe (Lalande, 1983).
2. Se reporter à ce propos à « l'erreur d'Itard », dans sa psychopédagogie de Victor de l'Aveyron (l'enfant sauvage) (Mannoni, 1967, p. 196-199).

Bref un corps sauvage, amoral, immaîtrisable et archaïque, qu'il faudra socialement dompter, comme nous le révèlent les conceptions de l'imbécillité, en usage au XIX^e siècle : « l'étiologie est indéterminée. Sur le plan social l'imbécile voisine avec les réfractaires au travail, les vagabonds, les prostituées, les récidivistes d'actes délictueux. Il est moralement faible et facilement entraînable, indiscipliné et simulateur, menteur et rusé. Ses capacités d'intimidation sont plus fréquemment dirigées vers les actes que vers les paroles ou les idées, et elles concernent ce qui est socialement réprouvable, témoignant d'une faiblesse de volonté, à laquelle s'ajoute une extrême suggestibilité. Il vit dans l'illusion de ses capacités intellectuelles » (Sama-cher, 1998, p. 72). Ainsi, au-delà de l'incompréhension dans l'échange, surgit la notion de dangerosité (Claude, casse tout sur son pavillon et inquiète l'équipe), articulée à une forme de folie pulsionnelle qui ne paraît mériter que le « traitement moral ».

Autrement dit, ce qui éprouve le clinicien en séance, c'est l'obscénité, au sens étymologique du terme¹, d'un corps de jouissance dont le déficient serait l'incarnation vivante. Le tableau « déficitaire » décrit un corps absolument voué à la recherche partielle de jouissance orale, anale, scopique (objet-regard), vocale (objet-voix), susceptible de mobiliser, sur un mode défensif, notre façon de penser les rapports à l'arriéré. Et surviennent alors le moment des repas, et cette relation anorexo-boulimique à la nourriture de Martha... Le temps de la toilette, où Marcel offre son corps en sacrifice de jouissance à l'animateur qui l'aide à se laver... L'exhibition pluri-quotidienne de Lucie, apparaissant nue au regard de l'Autre et des autres du pavillon... Ses vocalises, borborygmes incessants, qui semblent sans autre adresse que la sienne (Cabassut, 2005²)... De plus, ces différentes observations (directes ou indirectes car révélées par l'équipe), réalisées sur la scène institutionnelle, outre qu'elles sont susceptibles d'imprégner le clinicien qui va proposer une rencontre clinique, existent également dans le cadre même de l'entretien : Martha se jettera inlassablement sur les restes de gobelets de café qui traînent sur le bureau, grommelant de satisfaction ; Anne au détour d'une angoisse incontrôlable, aura pu s'« oublier » sur le siège ; quant à Serge, il s'assoira, me scrutant inlassablement, sans mot dire, avant que de dérober le paquet de tabac posé là, et de s'enfuir du bureau des psychologues...

1. L'étymologie d'« obscène » renvoie au fait d'occuper le devant de la scène.

2. Mon premier stage de psychologue en maison d'accueil spécialisé aura été marqué par ces rôles de tous ces « anormaux » de la première salle, qui soumettaient les professionnels comme les pensionnaires des salles d'à côté à l'épreuve insoutenable d'un appel à la jouissance : impossible de déterminer s'il s'agissait d'expressions de plaisir et ou de douleur plaintive. Sauf qu'à la différence d'Ulysse, aucun des différents protagonistes n'était solidement attaché au mât du navire permettant d'entendre sans s'engouffrer dans cet appel au jouir.

Bref, du point de vue de l'observateur, le clinicien est alors enclin à lire ces comportements sur un mode archaïque, primaire, infantile ou régressif. D'autant plus que cette interprétation sera irriguée par un modèle déficitaire, instinctuel, au risque d'évacuer, en tant que résultante du jouir, toute distinction sexuée : si classiquement on parle d'hystérie au féminin, de paranoïaque ou de pervers au masculin, le terme de déficient mental, quant à lui, réserve à son porteur désigné un statut hors sexe (Cabassut, 2004). « L'être handicapé mental » prime sur être un homme ou une femme. Anormalité et infirmité offrent donc au corps du handicap un état asexué ; tous deux se superposent pour construire une représentation insupportable de l'autre déficient, où l'infirmité, voire la monstruosité¹ visibles, viennent métaphoriser le chaos interne, faisant de ce dernier cet étranger radical, dangereux et inaccessible.

5 RENCONTRER L'ÉTRANGER

Ainsi donc, voilà le véritable danger qui guette le clinicien : l'arriéré profond pourrait présentifier cette « étrangèreté radicale » propre à la pulsion. Elle déporte le professionnel vers une clinique du regard, au piège de sa fascination². Lorsqu'il se penche dans cette attitude courbe qui caractérise la posture clinique, sur la souffrance de l'autre, que voit-il ? Un corps infirme, difforme, désinvesti par la vie langagière et dont les causes de la souffrance sont évidemment et immédiatement accessibles au psychopathologue, brouillant la différence entre souffrance (psychique, ontologique...) et douleur (corporelle, biologique...). L'atteinte réelle, celle en provenance d'une anoxie néonatale, d'un défaut organo-génétique, suffit à expliquer, à comprendre et donc à traiter du *pathos* déficitaire. A-t-on pour habitude, par exemple lors de nos réunions de synthèse, de nous interroger sur la catégorie

1. À l'image d'Étienne Georget, qui écrit dans le chapitre « Idiotie » de son ouvrage *De la folie...* (1820) : « On ne devrait pas faire de l'idiotie un genre de délire ; un défaut originnaire du développement n'est pas à proprement parler, une maladie. (...) Les idiots doivent être rangés parmi les monstres, c'en est de véritables sous le rapport intellectuel » (Samacher, 1998, p. 71).
2. « Le mot grec de *phallos* se dit en latin le *fascinus*. Les chants qui l'entourent s'appellent « fescennins ». Le *fascinus* arrête le regard au point qu'il ne peut s'en détacher. (...). La fascination est la perception de l'angle mort du langage ; et c'est pourquoi ce regard est toujours latéral ». Car l'organe érigé (le *fascinum*) rappelle l'origine bestiale de l'homme, obligeant celui-ci à ne pas l'exhiber (Quignard, 1994, p. 11). Souligné par moi.
« Le pouvoir, à Rome, lia en un seul faisceau (le mot *fascis*, qui désigne les baguettes de bouleau reliées par une courroie que tiennent les licteurs qui précèdent les Pères qui se rendent à la curie est le même que celui qui désigne le fascinus, la fascination, le fascisme) la puissance sexuelle, l'obscénité verbale, la domination phallique et la transgression des normes statutaires. » (Quignard, 1994, p. 38).

clinique du trisomique, sur la dimension d'expression structurelle de sa souffrance et le mode d'aliénation symptomatique qui lui est propre ? L'atteinte organo-génétique ne nous suffit-elle pas souvent à la définir ?

Nous abordons là, à mon sens, un obstacle essentiel à la pratique de l'entretien auprès du déficient et de l'arriéré profond. Ce dernier ne parle pas. Soit. Mais, là n'est peut-être pas le problème. Après tout, historiquement, c'est bien le domaine du handicap sensoriel, par le biais des actions clinico-éducatives menées auprès des sourds et muets, qui fondèrent sa pratique. La difficulté réside plutôt dans les effets de la privation d'échanges langagiers, lors de l'entretien, sur le clinicien, eux-mêmes potentialisant une jouissance non médiatisée au sein de l'échange, par le verbe. Et pour cause, elle convoque le clinicien à une confrontation à l'archaïsme du corps de l'infirmité, au sein duquel l'ampleur du besoin semble occulter toute dimension désirante, à une immersion dans une jouissance symptomatique qui s'y manifeste, sans qu'il ne soit obligatoirement en place d'altérité dans la rencontre clinique.

6 « UN CORPS À CORPS » DE JOUISSANCE À L'AUTRE DÉFICIENT

Claude, dans les premiers temps, entre difficilement dans le bureau, veut repartir immédiatement, et refuse la main tendue en signe d'accueil... Une fois installé, il se lève, s'assoit, regarde par la fenêtre, agrippé à son catalogue, agite son corps dans un balancement ponctué par quelques cris d'excitation... autant de signes initiaux de malaise qui nécessitent l'intervention active (par la parole et/ou l'action physique) de l'animateur et du psychologue (invitation verbale à se rasseoir, main tendue sur la sienne, apposée sur son épaule, accompagnée d'une mise en mots du mal-être, et d'un recentrage sur le ressenti propre afin de le restituer de la façon la plus juste à Claude, etc.).

Alors que Freud (1909, p. 207), aux détours d'un récit de l'Homme aux rats, évoque « l'horreur d'une jouissance par lui ignorée », l'entretien de Claude convoque ici le clinicien à une « jouissance par lui déployée » qui pourrait s'interpréter, à ses yeux, comme une « jouissance par lui revendiquée ». « Comment faire pour que la jouissance ne colle pas trop au corps ? » (Oury, 2002, p. 154) pourrait être la question qui éprouve alors le clinicien. En effet, à la différence de la clinique freudienne, ce n'est pas le langage, *via* l'évocation d'un récit, mais le corps qui véhicule la jouissance.

La fréquence des rots, de la bave, des cris, comme celle de son agitation sont intimement liées à la conversion de la tension pulsionnelle en angoisse¹.

Face à elle, le clinicien pourrait se parer du bouclier du rééducatif², ou de l'infantile, assimilant l'*infans* au déficient³ dans la pauvreté du fonctionnement psychique, afin de ne pas voir le réel de la Chose déficitaire. Et pour cause : « *infans* veut dire incapable de parler, bestial, ne répondant pas plus de ses actes que "l'homme *furiosus* ou bien la tuile qui tombe du toit" » (Quignard, 1994, p. 33). La tuile, pour le coup, tombe alors vraisemblablement sur le clinicien : P. Fédida (2000) porte son intérêt sur la régression transférentielle du patient en étroite relation avec les contenus régressifs de la vie psychique de l'analyste, sur la possibilité de ce dernier d'entrer en contact avec eux. Dans la rencontre de Claude, l'absence de langage parlé amorce, en l'amplifiant, un tel processus : la confrontation à la jouissance plonge le clinicien dans un éclatement du moi, un mouvement régressif qui le conduit, à l'encontre de l'informe, à un éprouvé d'*inquiétante étrangeté* – quelque chose de déjà connu, aussi redouté que désiré, aussi familier qu'étranger au parlêtre – éprouvé de jouissance qui fait retour transférentiellement au sein de la rencontre clinique. À ceci près, qu'il serait plus juste, ici, de parler « d'*inquiétante étrangeté* » (Cabassut, 2005b) : Claude n'est pas « l'homme aux rats » et c'est le corps qui parle au lieu du sujet, produisant non plus une altérité mais une étrangeté inquiétante, déshumanisée car échappant visiblement à l'empreinte de la parole. Ces retrouvailles, cette plongée dans un bain de jouissance, se muent alors en « *mauvaise rencontre* » (Lacan, 1964, p. 75), libératrice de son potentiel traumatogène.

1. L'hypertonie de l'*Éros*, la recherche immodérée de satisfaction érotique, extrêmement fréquente chez toutes les catégories de malades mentaux, s'origine également, pour ce qui me concerne, dans ce rapport au jouir qui emprunte le corps dans son expression. En effet, l'incapacité ou l'impossibilité de réaliser la satisfaction érotique dans une relation amoureuse, entraîne une stase de la libido aux effets divers : transformation de l'excitation en angoisse, passage à l'acte violent, conversion, somatisation, auto- ou hétéro-destruction, retrait hors du monde... autant de signes qui se regroupent avec l'illustration clinique de Claude. Se reporter à J. Melon, 1975, p. 63. Dans la même perspective, Lacan dit bien dans son séminaire sur « la logique du fantasme », de 1966-1967 : « Ne cherchez pas le grand Autre ailleurs que dans le corps. » « C'est banal en fin de compte, parce que s'il n'y avait pas de *lieb*, il n'y aurait pas de langage non plus, ni de parole ! Donc "ne cherche pas le grand Autre ailleurs que dans le corps", ça peut expliquer justement la somatisation. » (Oury, 2002, p. 153).
2. Se reporter à nouveau à la démarche de J. Itard dans sa prise en charge de Victor de l'Aveyron : il ne lui manque que la parole, alors je vais la lui donner (Mannoni, 1967, p. 196-199).
3. Nous ne nous étonnerons pas de retrouver alors une modélisation simpliste, plutôt « *infans-tilisante* », à l'œuvre dans l'histoire de l'arriération. Son modèle prégnant, comme le souligne N. Zemmour, est en effet celui de l'anatomo-pathologie du système nerveux (Zemmour, 2000, p. 199-203). Modèle simpliste s'il en est : une déficience grave, une cause organique, un état d'incurabilité suffisent à rendre compte de la pathologie déficitaire. D'un point de vue théorique, le travail est alors taxinomique, aboutissant à une classification en niveaux (« crétinisme », « imbécillité », « idiotie ») ou bien en types (« crétinisme myxœdémateux », « idiotie mongoloïde de Down », « idiotie amaurotique de Tays-Sachs »...).

En ce sens, le clinicien serait plutôt précipité dans un rapport de proximité à la vacuité – de la Chose – déficitaire : impuissance et impossible à vivre, à élaborer, à penser la rencontre.

7 UNE CARENCE DE DEMANDE SPONTANÉE

Pour le dire autrement, la conséquence majeure lors de la rencontre d'entretien auprès du déficient profond, réside dans la non-constitution *expresse*¹ d'une place d'altérité, place de tenant lieu de l'Autre, susceptible d'être occupée dans le jeu transférentiel par le clinicien. Bref, elle soumet ce dernier à la carence d'une affectation possible de la place dans le transfert, une difficulté à se constituer en bonne adresse du message de l'autre déficient.

Dès lors, par le biais de la notion d'altérité dans son opposition à celle d'étranger, c'est bien la question du désir, celui du sujet, qui comme nous le savons avec Lacan, est le désir de l'A(a)utre, qui se pose au clinicien dans la pratique d'entretien.

Ce qui viendra éprouver le « psy » dans la clinique du déficient, peut-être plus que dans aucune autre, c'est bien que lui sera reflétée de façon aiguë et cruciale la question de son désir, celle-là même que Lacan aura nommée « désir de l'analyste » (Lacan, 22 juin 1960). En effet, la seule chose mobilisable en contrepoint au jouir (déficitaire), ce qui peut animer le sujet au lieu de s'abîmer dans ce vide de jouissance, n'est autre que le désir, en l'occurrence d'« Un » autre. À la place d'un sujet non supposé savoir (Cabassut, 2005a), soutenir, quel que soit le degré de l'atteinte handicapante, qu'il y a du sujet, en souffrance, dans son aliénation structurelle à l'Autre, aux autres, au langage. La prise en compte de la dimension désirante, l'investissement de la relation, autorise à se décaler d'une technique ou d'une méthode propre à la pratique d'entretien auprès du déficient. Peu importe l'objet médiateur de rencontre utilisé – ou non – (test, dessin dans l'exemple de Claude, production – courrier, dossier « historique », objet... – autour d'une activité particulière, etc.), ainsi que le dispositif à l'œuvre (entretien de face-à-face, en compagnie de l'éducateur référent, des parents, etc.). L'infirmité, le

1. À propos de la posture d'Itard, Mannoni écrit : « Que voyons-nous au niveau de la stricte observation ? Un adulte en plein désarroi devant un enfant qui n'articule aucune demande. L'adulte voudrait, à partir de cette absence de demande, retrouver chez l'enfant un désir. Mais il semble qu'il n'y ait pas de place pour la reconnaissance du désir chez un adulte qui se réfère sans cesse au besoin. » (Mannoni, 1967, p. 198).

handicap empêchant la bonne réalisation du désir parental tout au long du développement de l'enfant, ce qui compte, dans le champ de la déficience, c'est que se manifeste du désir chez le clinicien (dans son regard, dans sa parole, dans ses actes...), afin que du sujet advienne, au travers d'une réhabilitation d'altérité. Il importe que ce dernier puisse occuper une place dans le désir de l'autre, et de son tenant lieu (le clinicien) dans le cadre du lien transférentiel propre à la rencontre, mais qui ne se résume pas à elle¹ : aller chercher Claude, le sortir de la gadoue, se rencontrer malgré ses réticences initiales, proposer une limite à la jouissance du symptôme, penser à lui en réunion et ne pas oublier de mettre la crise à l'ordre du jour, qu'il accompagne nos pensées au volant de notre véhicule après avoir terminé l'entretien...

Autant de signes révélateurs de ce point énigmatique de désir, qui fait que « (...) *l'analyste ne peut pas savoir ce qu'il fait en psychanalyse. (...) qu'une part de son action lui reste à lui-même voilée* » (Lacan, 1960, p. 337). Cette dimension du désir se pose ainsi de façon radicale auprès de l'arriéré : sans une offre initiale de la part du clinicien, pas d'émergence de demande possible chez le sujet (Cabassut, 2005b). La clinique analytique du déficient confronte fondamentalement le praticien à son désir, l'amenant inlassablement à la même question, celle du « qu'est ce que je fous là² ? », dans cette institution, obéissant à telle ou telle posture, auprès de tel ou tel résident ? « *Qu'est ce que je fous là³ ?* », en effet, est la façon dont J. Oury pose la question de l'éthique, après que Freud (1937) l'ait définie en tant que « *limitation des pulsions* ». Le frein aux pulsions rejoint ici le « désir de l'analyste » dans le sens où ce dernier « doit payer quelque chose pour tenir sa fonction. Il paie de mots (...) » (Lacan, 1960, p. 337). Désir de parler et de penser à partir de son éprouvé, de cet « accès au matériau primitif de la vie psychique », qui l'informe par voie de transfert, de la vie psychique de l'autre. Aussi avancerais-je que le rôle du clinicien, *a fortiori* dans la rencontre d'entretien de l'arriéré profond, consiste en cet appel désirant qui présuppose du sujet en devenir, en ce don de signifiant qui viendra graviter, en bordure du vide de la Chose. C'est peut-être ce signifiant « *c'est la merde en ce moment dans ma vie* » que j'ai pu intimement éprouver dans sa forme envahissante, qui m'aura amené, sans le savoir, à canaliser les productions

1. Elle commence avant avec Claude, alors que son malaise est décelé et mis à l'ordre du jour de la réunion d'équipe... Alors que le clinicien a observé sa détresse, et proposé un lien entre son état et les naissances dans la famille, ainsi qu'un dispositif de rencontre, un espace de paroles (incluant le désir de l'équipe par la participation d'un de ses membres, l'éducatrice référent). Elle se poursuit après, sur son pavillon même, lorsque les éducateurs parlent mon nom et ma fonction, notre rencontre, qu'un point sur la tenue de l'entretien, est rapatrié en réunion.
2. Je remercie J.-F. Gomez pour m'avoir rappelé une telle définition de l'éthique du travailleur institutionnel. La familiarité du terme employé, à savoir le verbe « foutre », nous incite en effet, à mettre en travail une telle dimension à partir de la polysémie signifiante qui s'y laisse entendre (champ pulsionnel sexuel, dimension de la place, etc.).
3. Cité par M. Ledoux (2005), en guise de titre d'ouvrage.

graphiques de Claude sur le recto de la feuille. L'apport signifiant amène la question *princeps*, celle du « *Che vuoi ?* », rétablissant par là même la dimension de l'altérité (Cabassut, 2005b) : que me veut-il, lui qui « m'oblige » à me déplacer, à le rencontrer dans son bureau, en compagnie de ma référente ?

8 ÉLEVER LE SIGNE (SYNDROME) DU HANDICAP À LA HAUTEUR DU SIGNIFIANT

Telle pourrait être la visée de la rencontre d'entretien du déficient. Rappelons que, dans son acception psychanalytique, le signe représente quelque chose pour quelqu'un, alors que le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant. Ce signe, c'est celui du handicap, de l'infirmité, objet cause du déficit qui vient se compacter en syndrome (association de signes symptômes). Le signifiant, c'est ce qui est transporté d'un sujet à l'autre dans le transfert. Car parler du signifiant c'est alors évoquer le transfert, puisque ce qui est transféré, chez Lacan, c'est d'abord du signifiant. Transfert de signifiants, qui emprunteront le grand véhicule de la haine, de l'amour, et de l'ignorance¹.

Ce signifiant se voit habituellement envahi par le signe-symptôme de l'infirmité qui obture ou encombre le lien d'altérité, d'abord historiquement auprès des instances parentales, ensuite logiquement auprès des travailleurs sociaux comme du clinicien : « c'est ainsi que le soignant opte le plus souvent pour l'éclectisme des savoirs, des discours, et des techniques, dans une tendance compulsive à l'organisation. De multiples discours sont à sa disposition, qu'ils soient médical, psychiatrique, pédagogique, social ou administratif » (Ansermet, Sorrentino, 1991, p. 13). Le handicap fait ainsi office de bouche-trou au savoir inconscient, au profit d'une connaissance de la personne ou de la problématique déficitaire, dans une « psychologisation » de l'être handicapé.

Postuler un advenir possible du sujet, plus qu'un avenir à la personne déficitaire, revient ainsi, dans le cadre de l'entretien, à élever le signe symptôme du handicap à la hauteur de signifiant, afin de préserver l'ignorance nécessaire à la découverte et à la surprise de l'autre déficient. Alors, le sujet pourra accéder à quelques signifiants fondamentaux de son histoire², et atteindre à

1. Cette ignorance quant à la vérité du désir touche le sujet et l'analyste, le psychologue, en tant qu'elle constitue « l'ouverture au transfert » (Lacan, 1953-1954, p. 306).

2. Se reporter plus précisément, à ce propos, au cas de Martha (Cabassut, 2005b).

son désir inconscient. Ainsi avons-nous pu aborder avec Claude les incidences de cette naissance dans son parcours de vie d'adulte handicapé mental... Parler son ressentiment possible envers ses parents... Le sentiment d'abandon et l'éprouvé de détresse qui en résultent, et la modification de son statut dans le monde eu égard à son âge et à sa place dans la famille... L'atteinte narcissique sur la toute-puissance infantile, jouissance qui perdure chez tout un chacun, et la chance de « murer » qui lui est paradoxalement offerte (lorsque cet événement prend valeur dans l'échange, de castration symbolique).

9 VARIANTE DE L'ENTRETIEN TYPE

« Il faut 10 soignants pour s'occuper d'un psychotique », affirmait J. Oury¹. Cette proposition concerne le champ de la déficience, et ce, à plusieurs titres. D'abord, quant à la notion de transfert morcelé ou éclaté propre à la prise en charge des psychoses, notion amplifiée dans le domaine de l'arriération. Les rapports intimes de type maternel (toilettes, repas, soins corporels...) et/ou paternels (sorties, démarches administratives, entretiens à visée éducative, exercice de la référence...) sont autant de moments forts qui participent à l'engagement relationnel du professionnel et favorisent les mouvements et les nouages transférentiels. Bref, ils caractérisent une clinique du quotidien du lien transférentiel.

L'éducateur référent, à ce titre, occupe une place *princeps* vis-à-vis du sujet : il est garant de son histoire, porte-parole du handicapé – auprès des diverses instances internes (réunions) et externes de l'établissement (maison du handicap, tuteur, famille, etc.) –, accompagnant dans la gestion de son argent, ses « papiers », sa vêtue, rédacteur du document de synthèse, de son état, de sa situation, de son malaise actuel, médiateur de la souffrance et du parcours du déficient auprès de ses collègues, du psychologue, de la famille, etc. Le référent est donc un accompagnant « qui passe son temps à faire des mécanismes de liaison », dont la fonction est de faire des ponts, des passerelles et d'aider les malades à les traverser (Oury, 1999, p. 2-3).

Toutes ces raisons en font un interlocuteur privilégié pour le clinicien et l'autre, déficient dans le cadre de l'entretien. L'éducatrice référente de Claude a pu ainsi ramener et commenter, d'une rencontre à l'autre, sa perception d'une posture parentale expéditive, lorsque celui-ci est ramené sur le pavillon après sa sortie en week-end ; produire une analyse fine sur les

1. Cité par M. Ledoux (2005).

résidents préférentiellement agressés par lui, en particulier l'un d'eux incarnant au niveau du groupe une figure paternelle forte, susceptible de rendre intelligible à Claude son aversion actuelle à son endroit¹ ; délivrer des informations utiles sur les prénoms, situations, âges de ses proches, sur les événements marquants de son quotidien, donner des nouvelles des nouveau-nés ; le déficit de mise en perspective logique et chronologique de l'histoire de Claude, perçu à cette occasion, nous a donné l'idée d'élaborer avec lui un album photos (comprenant des images de la maternité récente, de la famille, de lui à plusieurs étapes de sa vie et de son parcours institutionnel...), qui sera créé avec l'aide de la référente...

Enfin, elle fut à même, sur le pavillon, auprès des autres résidents et de ses collègues, de transmettre du sens sur les difficultés de Claude, auprès d'un collectif pavillonnaire excédé et épuisé par le symptôme encoprésique et les divers *actings*².

L'on saisit donc l'importance de la dialectique et de la posture du référent et du psychologue dans cet aménagement de l'entretien type de face-à-face. Il ne s'agit pas pour celui-ci d'amener le déficient aux mains du pouvoir-savoir psy, en lui demandant de se tenir tranquille et d'être poli avec le monsieur derrière le bureau...

Ni pour celui-là de déployer le regard surplombant du psychologue sur le travailleur social, qui, tel l'oracle, va délivrer son message de vérité sous forme de conduite à tenir. Il s'agit plutôt d'un partage, quant à la démarche thérapeutique, d'un processus de subjectivation où tous les professionnels sont co-impliqués, à partir de leurs fonctions, et des différentes places occupées dans le transfert. Partage-transmission d'une posture éthique et clinique, susceptible de s'exporter en dehors du cadre spatio-temporel de l'entretien, de s'incarner avant, pendant et après lui, sur le pavillon, lors des ateliers, modifiant les liens c'est-à-dire les échanges langagiers entre les différents acteurs institutionnels. Ainsi les membres de l'équipe lorsqu'ils font appel dans la parole au lien à « Jacques », à cet espace spécifique d'entretien, à la possibilité d'y retraiter ce qui vient de se passer (*acting*, manifestation de malaise...), installent le cadre de l'entretien dans une temporalité non réductible à sa durée effective. En faisant vivre l'entretien dans sa force processuelle, ils nous instruisent de la nécessité de penser la pratique d'entretien du déficient dans sa dimension institutionnelle.

-
1. À ce titre, la limite imposée à Claude (écrire au recto de la feuille) dans le cadre de l'entretien peut s'entendre comme un don de castration symboligène, en provenance du tenant-lieu de l'Autre dans la rencontre, un autre qui l'avait abandonné pour reporter ses investissements ailleurs, sur les nouveau-nés. Renversement donc, du lien transférentiel négatif, sur la figure d'« Un père », en transfert positif.
 2. C'est qu'en effet, le réel du symptôme éprouve d'abord une équipe et un groupe de résidents, première adresse de la souffrance symptomatique, avant que de se déposer sous une forme moins brute, au clinicien.

10 PRATIQUE D'ENTRETIEN ET INSTITUTION : À PROPOS DU TIERS RÉGULATEUR

Le clinicien, dans le champ de la déficience aura de fortes chances d'exercer sa clinique en institution. Ce qui m'amène à poser la nécessité de penser la pratique de l'entretien clinique auprès du déficient, au sein d'une réflexion et d'une prise en charge globale, dans le mouvement du travail institutionnel qui s'y réalise. Tout comme le sujet est transindividuel (Legendre, 1985, p. 60) et ne se résume pas à sa production langagière, l'entretien ne se réduit donc pas à la durée de la rencontre qui le définit. Il nécessite une construction dépendant de la qualité du travail d'équipe, susceptible de créer les conditions d'innovation de variantes de ladite pratique.

Cette construction du travail institutionnel a pour visée de procéder à la « différenciation par la parole » (Legendre, 1985, p. 140), qui passe par la différenciation de scènes (de paroles) d'où « ça » parle autrement au sujet : « on » ne fait pas (ni ne dit pas) la même chose partout, ni de la même façon comme le proposait F. Tosquelles. Bref, production d'altérité transférentielle (on parle de Jacques à Claude), d'altérité spatio-temporelle (l'entretien dans le bureau des éducateurs n'est pas identique à celui réalisé dans celui du psychologue, il n'y a pas de chevauchement dans le temps de l'un avec l'autre), et d'altérité fonctionnelle (au travers de la création de différents espaces de parole), productions qui peuvent se ramasser dans un grand principe, dit de tiercité, nécessaire à la pratique d'entretien en institution. « Le tiers est une instance qui en tant qu'opérateur logique rend la différence absolue impossible et inscrit la distinctivité¹. Le tiers est aussi un « médiateur », opérateur qui dans une collectivité tient le juste milieu, la bonne mesure entre le désir – ou la singularité – et l'action » (Ledoux, 2005, p. 119-120). Ce principe de tiercité a déterminé la pratique d'entretien de Claude, le révélant et le véhiculant :

1. À ce titre, la tiercité emprunte au processus de la triangulation œdipienne et de la métaphore paternelle : « "du" père, en tant que supposé détenteur d'un savoir devra, grâce à l'environnement (maternel, familial, social), être proposé à l'enfant comme apte à réduire le désir, incommensurable, d'une mère primordiale, dont la jouissance menaçait cette existence fragile du sujet » (Rassial, 1999, p. 55).

10.1 Du point de vue du travail institutionnel

La tiercité instaure une règle fondamentale de lien (institutionnel, clinique, humain...) qui limite le risque que quelqu'un puisse être la chose de l'autre dans un rapport de jouissance (le professionnel face à ses supérieurs hiérarchiques, le déficient dans son lien au professionnel, l'éducateur aux prises du savoir psychologique, administratif etc.). Elle colporte l'interdit de « l'entre-soi » fusionnel du rapport duel, obligeant chacun des acteurs institutionnels à se référer à un autre, un ailleurs, un tiers. C'est pourquoi, ici, la décision de l'entretien clinique est-elle prise en équipe, et non de façon unilatérale par le psychologue, le psychiatre, etc. L'apport d'un membre de l'équipe y est également évalué. Dans le cas présent, la démobilisation de l'équipe impuissante face au symptôme de Claude, a débouché sur la participation de son référent à l'entretien, dans une visée de renfort du lien référé/référent. Les protagonistes de l'entretien (psychologue et éducateur référent), rendent donc compte de leur pratique d'entretien à l'équipe (distinguant l'entretien de l'exercice libéral de celui effectué en institution), dans le cadre de la réunion de fonctionnement, espace formel d'échanges langagiers, utilisant cet espace en tant que personne ressource en cas de points de blocage. La question de ce qui peut être restitué à l'équipe se pose alors pour les participants à l'entretien, *a fortiori*, lorsqu'ils sont plusieurs. En guise de réponse rapide, je dirais que ces divers points seront exprimés auprès de Claude au début de nos rencontres, posant l'équipe en place de tiers, en particulier pour ce qui concerne la restitution à l'équipe sinon d'un dire, d'un signifiant ou d'une réaction précise, mais plutôt d'une tonalité, d'une avancée ou d'une impasse.

10.2 Dans le cadre de l'entretien

La présence effective de l'éducatrice référente incarne un tel principe au sein du dispositif institutionnel global de rencontre. Celle-ci est à la médiation de Claude et du clinicien, telle que sa position spatiale le révèle (elle est placée sur le côté du bureau, alors que je suis derrière et Claude devant), médiation entre le psy et l'équipe, ou Claude et cette dernière. L'on peut ainsi dire que quelque chose est signifié, au sein même du cadre, du dispositif de rencontre, aux différents protagonistes de l'entretien (professionnels et déficient), du désir de tiercité en tant que fondement « psychique » et thérapeutique de la pratique d'entretien. Certes il ne s'agit pas d'être réellement trois pour que s'ouvre cet espace tiers : de la dualité voire du « Un » fusionnel peuvent se faire, et ce, à plusieurs. Cette condition nécessaire mais non suffisante, invite cependant à un repérage différencié de scènes institutionnelles d'échanges langagiers, tant auprès du déficient que du professionnel. Elle fait écho aux différentes places, et aux divers lieux nécessaires à la différenciation psychique

du sujet : le déplacement effectif de Claude dans le bureau du psychologue, situé dans un bâtiment administratif, alors qu'il bénéficie d'entretiens à visée socio-éducative dans le bureau pavillonnaire des éducateurs, est la première invitation à un déplacement psychique, dans un lieu d'altérité, quant à son malaise actuel.

10.3 Dans la clinique transférentielle et institutionnelle

C'est le rappel par les membres de l'équipe du lien transférentiel à Claude (« on lui parle de Jacques »), et du lieu du lien (« l'espace d'entretien »), dans son effet apaisant sur son agitation, qui nous révèle l'importance de la dynamique du transfert en institution. Ce rappel nous instruit d'un jeu possible dans la circulation de parole, au sein des diverses scènes institutionnelles, qui n'est autre qu'une régulation des flux transférentiels (définis précédemment comme un échange de signifiants). C'est alors le rapport global, que je qualifierai d'« éthique », à l'autre déficient qui apparaît, et qui s'élabore à partir de la situation d'entretien clinique. Qu'est-ce à dire ?

11 LA PRATIQUE D'ENTRETIEN : UN DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE RENCONTRE

Un collectif institutionnel (patients et professionnels) est confronté au même éprouvé que le clinicien en situation d'entretien clinique. En effet, l'institution est ce lieu de lutte des pulsions, lieu de l'émergence et des résistances qui la fondent : résistance à l'incidence de la vie pulsionnelle, aux passions transférentielles et à la sexualité (Ansermet, Sorrentino, 1991, p. 13). C'est la raison pour laquelle elle est en proie aux mêmes passions que les individus qu'elle accueille, ou les professionnels qui y œuvrent¹. Autrement dit, les modalités d'expression de souffrance de la population déficitaire iront affecter par voie de transfert les différents acteurs institutionnels, « contaminant » ainsi en miroir, la bonne circulation langagière, privilégiant le corps à la

1. Ce qui corrobore la proposition freudienne, celle d'un développement collectif, celui de la culture, qui ressemble à celui de l'individu et travaille avec les mêmes moyens (Freud, 1929, p. 87).

parole, le jouir au désir, bref, créant de la pathologie institutionnelle¹ à même d'interférer dans la pratique d'entretien (sabotages divers par d'autres secteurs ou acteurs professionnels – oublis, chevauchement d'activités, report d'horaires de rendez-vous... –, primat de l'entretien à visée rééducative au détriment du thérapeutique, etc.). Si la remarque n'est pas spécifique au champ de la déficience et vaut pour n'importe quelle pratique d'entretien en institution, elle prend une densité particulière dans la rencontre de l'arriéré. En effet, celle-ci en confrontant au réel de l'infirmité, à la monstration du corps de jouissance et au déficit d'altérité et d'expression langagière, ouvre sur une histoire particulièrement traumatique pour le soignant, qui sera propulsé à cette « *rencontre de l'insoupçonné en lui-même* ». (Ansermet, Sorrentino, 1991, p. 6).

Dans cette lutte au quotidien que ce dernier devra livrer à la pulsion (ou à la jouissance), au sexuel et au transfert dans un tel champ, le professionnel sera en butée permanente à la concrétisation de son éthique. Difficulté qui ne peut être qu'amplifiée dans le champ de la déficience, auprès des acteurs institutionnels, dans la mesure où le contre-fantasme, le fantasme réparateur du soignant – celui de soigner, de guérir son prochain –, ne pourra émerger que difficilement : l'état déficitaire, figé, se supporte mal d'une quelconque possibilité d'évolution. Or, « *Si l'éthique de la psychanalyse pointe les impératifs du désir, au-delà du service des biens, au-delà de la culpabilité, cela suppose de ne pas écarter le primitif sur lequel repose l'institution* » (Ansermet, Sorrentino 1991, p. 38). Et ce primitif, cet archaïsme pulsionnel, nul ne le présente mieux que l'arriéré profond. Le langage ayant délaissé l'être, les manifestations et productions « corporelles » de Claude, lors de l'entretien et en dehors, sollicitent chez le clinicien des mouvements pulsionnels violents (ressentiment, haine, violence, enjeux narcissiques, dégoût, rejet, angoisse, étrangeté, impossibilité, impuissance...) qui, en l'affectant, mobilisent des défenses tout aussi archaïques.

L'impuissance (dans la « direction » de l'entretien) et l'impossible (face au réel de l'infirmité) qui affectèrent le clinicien lors de la rencontre de Claude, se rejouent donc à l'identique dans le corps institutionnel, auprès de ses membres. Claude, malgré son impossible, parfois son impuissance à dire ses désirs, ses besoins, a pu me transmettre son malaise, afin que je puisse l'éprouver pour le penser. La clinique du transfert issue de la pratique d'entretien est alors une chance offerte au clinicien, et donc à l'institution, celle de se soigner pour pouvoir soigner l'autre. Car, « en tant qu'être

1. Cette dernière se déploie essentiellement sur deux axes (Cabassut, 2005a, p. 80-81) quant au travail clinique (y compris et surtout dans le cadre de l'entretien), social et éducatif, que nous pouvons résumer par la défense maniaque, ou la lutte par inhibition, qui s'apparente à l'éprouvé dépressif décrit par de nombreux auteurs (Zemmour, 2000). Agitation maniaque et vide dépressif, issus directement des modalités d'expression des pathologies des populations accueillies et des mouvements transférentiels particuliers qu'ils mobilisent.

transférentiel, l'homme peut transmettre et partager ses épreuves » (Ledoux, 2005, p. 158), d'abord avec le déficient, et l'éducateur référent, puis avec l'équipe et d'autres acteurs institutionnels.

La résistance à ouvrir des espaces de parole, à les maintenir dans la durée dans nos institutions, peut ainsi se transformer en moteur thérapeutique de et dans la rencontre, à partir du moment – insaisissable – où le clinicien la fait sienne, c'est-à-dire autorise sa résonance interne, sa mise en épreuve, afin de l'entendre, plus que de la comprendre. L'entretien de Claude, mais aussi celui de Martha¹, d'Albert ou de Janine² (Cabassut, 2005a/b), la rencontre dans le cadre d'un atelier musicothérapeutique de Christian³, m'auront appris que « (...) quel que soit l'espace professionnel dans lequel se déploient nos pratiques, il n'existe pas d'autre lieu d'exercice clinique que celui de notre propre cadre psychique » (Ham, Cabassut, 2005, p. 114).

Espace psychique et espace institutionnel se rejoignent alors : si l'éthique, au sens freudien, est d'abord une affaire personnelle voire intime, son déploiement en soi, pour soi et donc pour les autres (professionnels, patients, familles...) trouve sa source dans l'épreuve de l'entretien, de la rencontre intersubjective de transfert, afin de transfigurer l'espace institutionnel en espace éthique. S'il s'agit, certes, de créer une demande possible à partir d'une offre initiale d'entretien, cette dernière ne s'arrête pas là, et impose au clinicien la traversée de l'épreuve de transfert, ce « *Pathéi Mathos* », cet enseignement, cet apprentissage par l'épreuve (Ledoux, 2005, p. 157-58). Elle oblige ce dernier à revisiter continuellement son rapport à l'arriéré, à son infirmité, à l'institution comme à son symptôme et à son désir, car « Cette curieuse machine sociale – qu'est l'institution – cherche à fonder son organisation sur un projet de transformation de l'individu par d'autres individus » (Ansermet, Sorrentino, 1991, p. 5).

Je comprends mieux alors le titre de mon présent écrit (« une pratique d'entretien auprès du déficient mental ou la rencontre clinique à l'épreuve du tragique ») en tant qu'il m'aura révélé combien s'entretenir avec l'arriéré contraint à cette « connaissance tragique » nietzschéenne de l'existence humaine, dont P. Fédida (1971), dans son emprunt au *Pathei Mathos* d'Eschyle, fera la « tradition tragique du psychopathologique ». Cette tradition tragique qui demandera aux différents acteurs institutionnels de fonder leur pratique, en premier lieu celle du clinicien, dans ce *pathos* spécifique à la situation d'entretien.

1. Se reporter à Cabassut, 2005a.

2. Se reporter à Cabassut, 2005b.

3. Se reporter à Cabassut et Vivès, 2003.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSERMET F., SORRENTINO M.-G. (1991). *Malaise dans l'institution. Le soignant et son désir*, postface de P.-L. ASSOUN, Paris, Anthropos-Economica.
- CABASSUT J., VIVÈS J.-M. (2003). « De la "Jouissance" musicale au Nom premier, Approche psychanalytique et expérience musicothérapeutique de l'autisme », *La Revue de musicothérapie*, n° 1, vol. 23, 4-17.
- CABASSUT J. (2004). « Déficience mentale : d'un corps asexué à la jouissance du féminin / une expérience d'atelier », Cinquième congrès européen des Sciences de l'homme et Sociétés, organisé par Cultures en mouvement : « Femmes/hommes, l'invention des possibles », in *Actes du colloque*, Cannes, 7-10 juillet 2004.
- CABASSUT J. (2005a). *Le Déficient mental et la psychanalyse*, Nîmes, Champ social.
- CABASSUT J. (2005b). « Déficience mentale et exclusion : d'une mise à l'épreuve du transfert », in Colloque international de l'université de Nice-Sophia-Antipolis du 16 décembre 2005, Pôle universitaire de Saint-Jean-d'Angely, « Psychanalyse et transculturalité – Vers une clinique analytique exploratrice et impliquée dans le lien social, institutionnel et culturel », *Actes du colloque*, à paraître.
- FÉDIDA P. (1971). « L'anatomie dans la psychanalyse », in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1971, 3, 109-126.
- FÉDIDA P. (2000). *Par où commence le corps humain – Retour sur la régression*, Paris, PUF, « Petite bibliothèque de Psychanalyse ».
- FREUD S. (1904). « La dynamique du transfert », in *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychanalyse », trad. fr. 1953, p. 50-60.
- FREUD S. (1904). « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique », in *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychanalyse », trad. fr. 1953, p. 61-71.
- FREUD S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle. L'homme aux rats », in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychanalyse », 1954, p. 199-261.
- FREUD S. (1919). « L'inquiétante étrangeté », in *L'Inquiétante Étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », trad. fr. 1985, p. 211-263.
- FREUD S. (1929). *Le Malaise dans la culture*, Paris, « Quadrige », PUF, 1995.
- FREUD S. (1937). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultats, Idées, Problèmes II (1921-1938)*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychanalyse », p. 231-268.
- GORI R. (1998). « L'esprit de la langue », in *Cliniques méditerranéennes*, n° 55/56, « Exil et Migrations dans la langue », Ramonville-Saint-Agne, Erès, 7-19.
- HAM M., CABASSUT J. (2005). « De l'exclusion de la clinique à une clinique dans les champs de l'exclusion », in *Cliniques méditerranéennes*, n° 72, « Précarité, Exclusion, Abandon », Ramonville-Saint-Agne, Erès, 113-131.
- JACOBI B. (1995). *Cent mots pour l'entretien clinique*, Ramonville Saint-Agne, Erès, Clinamen.

- LACAN J. (1953-1954). *Le Séminaire, Livre I, Les écrits techniques de Freud*, Paris, Le Seuil, 1975.
- LACAN J. (1955-1956). *Le Séminaire, Livre III, Les structures freudiennes dans les psychoses*, Paris, Le Seuil, coll. « Le champ freudien », 1981.
- LACAN J. (1959-1960). *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1986.
- LACAN J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973.
- LALANDE A. (1983). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF.
- LEDoux M. (2005). *Qu'est-ce que je fous là – Psychothérapie institutionnelle en résistance et dialogue avec la psychiatrie de qualité*, Kessel-Lo (Belgique), Lite-rarte.
- LEGENDRE P. (1985). *L'Inestimable Objet de la transmission. Étude sur le principe généalogique en Occident. Leçons IV*, Paris, Arthème-Fayard, nouvelle éd., 2004.
- LEKEUCHE P. (1998). « Qu'il est justifié de ne plus parler d'«état-limite» ou de «borderline» mais de «thymoschizie» », in *Fortuna*, Bulletin du Groupe d'études szondiennes de Montpellier, n° 19, décembre 1998, 5-15.
- MANNONI M. (1967). *L'Enfant, sa « maladie » et les autres*, Paris, « Points » Seuil.
- MELON J. (1975). *Théorie et pratique du Szondi*, Liège, PUL.
- OURY J. (1999). « Concepts fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle », in *Tijdschrift voor Institutionele psychotherapie*, n° 2, 3-19.
- OURY J. (2002). « Conclusion : Trauma, Événement, Angoisse. L'originaire. Une métapsychologie toujours en chantier », in *Actualité du trauma*, sous la direction de P. CHEMLA, Ramonville-Saint-Agne, Erès, La Crie (Reims), 149-155.
- QUIGNARD P. (1994). *Le Sexe et l'Effroi*, Paris, « Folio », Gallimard.
- RASSIAL J.-J. (1999). *Le Sujet en état limite*, Paris, Denoël, « L'espace analytique ».
- ROUZEL J. (2006). *Dictionnaire critique d'action sociale*, dirigé par Jean-Yves BARREYRE et Brigitte BOUQUET, Paris, éditions Bayard.
- SAMACHER R. (1998). *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, éd. Bréal, collection « Grand amphi ».
- SAURET M.-J. (2002). *La Psychologie clinique – histoire et discours – de l'intérêt de la psychanalyse*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, Amphi 7 / Psychologie.
- TOSQUELLES F. (2003). *Cours aux éducateurs*, Nîmes, Champ social, première édition, 1967.
- WINNICOTT, D.W. (1947). « La haine dans le contre-transfert », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. fr. J. Kalmanovitch, Payot, « Sciences de l'homme », 1969, p. 72-82.
- ZEMMOUR N. (2000). *Fondements métapsychologiques du concept d'intelligence. De la théorie freudienne à la clinique de l'arriération mentale*, thèse de doctorat en Psychanalyse et psychopathologie de l'université Paris XIII-Nord, sous la direction du Pr. Jean-Jacques RASSIAL, nov. 2000.

Chapitre 10

L'ENTRETIEN CLINIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

1 LES COULISSES DE L'EXPLOIT : LA SECRÉTAIRE CONTORSIONNISTE

Je n'espère rien « prouver » ici ; le travail psychanalytique est trop intuitif, il dépend trop de données intraduisibles en mots, parlés ou écrits, pour que ce soit possible.

Harold Searles, « Le patient, thérapeute de son analyste »,
Le Contre-Transfert, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2005.

Même si (et justement si) l'enseignement de la pratique de la psychanalyse présente des difficultés, il faut bien que les praticiens se risquent modestement à tenter de transmettre leur expérience, j'essaierai aujourd'hui de rendre compte de l'élaboration progressive d'un dispositif d'accueil des décompensations psychiatriques en lien avec le travail.

Parallèlement à ma pratique de psychanalyste en ville, je fais partie de groupes de recherche en psychodynamique du travail¹ depuis de nombreuses années. Il arrive donc régulièrement que des médecins du travail, des syndicalistes, des médecins généralistes adressent à mon cabinet des travailleurs considérés comme « harcelés » en vue d'une meilleure compréhension de la crise dont ils souffrent. Je les reçois pendant un premier entretien d'une heure et demie et un second de trois quarts d'heures pour faire le point un mois ou deux plus tard. Il s'agit d'un dispositif « inventé au quotidien » par tâtonnements, tout au long de sept à

1. Les figures les plus connues de la recherche en psychodynamique du travail sont Christophe Dejourn et Pascale Molinier. Christophe Dejourn dirige l'équipe de Psychologie du travail et de l'Action au Conservatoire des Arts et Métiers à Paris.

huit ans de pratique¹ à raison d'une dizaine d'entretiens de demandes de ce type par an, dont je vais essayer d'explicitier les ressorts. Ces entretiens cliniques individuels n'entrent pas dans la catégorie des expertises, je n'en rends compte qu'à la personne elle-même. Il arrive parfois, avec l'autorisation du patient, que j'en rende compte à son médecin du travail par téléphone si celui-ci le demande. Mais à la différence des victimologues, des assistantes sociales, des juristes ou même des médecins du travail, auxquels s'adressent habituellement les « harcelés », je ne peux offrir d'autre service que celui d'un espace d'élaboration psychique, juste comme dirait Jean Oury, « un espace du dire² », un lieu dont le modèle serait emprunté à celui de la cure, qui ne serait pas destiné à convaincre ou démontrer, qui obéirait moins à la logique de la raison qu'à la logique associative, un lieu privé où le vrai ne serait pas l'exactitude, où on pratiquerait plutôt la mise en apposition, le « dire éclairant³ », que l'interprétation.

2 L'ACTION EN PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Sur le modèle de la cure analytique, la question de l'action reste strictement du côté du patient. Je ne pourrai rien « faire » pour eux⁴ d'autre que les aider à analyser leur travail dans ce qu'il a d'invisible, d'inconnu presque autant pour eux-mêmes que pour les autres. La psychodynamique du travail prétend que tous les gestes de travail, même ceux qui pourraient être considérés comme les plus simples, exigent une invention adaptative technique constante doublée d'une coopération toujours coûteuse et souvent risquée qu'on effectue « sans y penser ». Ces habiletés techniques, savoir-faire, tour de main et autres ajustements plus ou moins transgressifs sont requis différemment suivant les situations, d'un établissement à un autre, d'une période à une autre, et peuvent être mis en crise en cas de déplacement des contraintes comme nous le verrons ici. Un retour circonstancié sur cette partie « insue »

-
1. C'est à la suite de la parution du livre de Marie-France Hirigoyen, sur le « harcèlement moral » (*Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, La Découverte/Syros, 1999) que j'ai vu arriver dans mon cabinet des cas de décompensations psychiatriques spectaculaires.
 2. Jean Oury répète régulièrement à son séminaire de Sainte-Anne la différence entre le « dire » et le « dit ».
 3. Suivant une formule de Jacques Lacan « La direction de la cure », *Écrits* (Le Seuil, 1966).
 4. Il faut sans doute remarquer le caractère du lieu de ce dispositif : un cabinet de pratique ordinaire de la psychanalyse plutôt qu'une « Consultation de souffrance au travail » dans lequel on peut rencontrer aussi des experts et des juristes, simplifie grandement l'installation de cette abstinence rigoureuse du côté de l'action.

du travail par une description fine des tâches et des modes de résolution des problèmes qu'elles induisent permet une discussion critique entre le praticien et le patient.

Ce qui nous intéresse est cette partie du travail intriquant des surdéterminations « exogènes » ou sociales : les prescriptions (par exemple de l'employeur), les surdéterminations inconscientes proprement dites et, plus particulièrement, les surdéterminations collectives ou, autrement dit, ce que la psychodynamique du travail appelle les « stratégies collectives de défense ». L'explicitation du concept de stratégies collectives de défense nécessiterait un détour que nous ne pouvons nous permettre dans ce chapitre, mais pour être brève, il s'agit d'installations spontanées en interaction, qui ont pour but d'occulter une dimension du travail afin de pouvoir continuer à l'effectuer ; l'exemple le plus connu est celui des techniques viriles d'occultation de la peur chez les travailleurs du bâtiment. La souffrance est toujours individuelle, mais les modes de défense peuvent s'élaborer collectivement. Ces stratégies sont là pour lutter contre la peur, le dégoût, la honte, les tabous liés au corps, dans le travail. Chacun accorde sa conduite et sa façon de penser le travail à ce « style imposé », le collectif isolera rapidement celui qui montrera sa peur et qui par sa conduite remettrait en cause la stratégie d'occultation du danger¹.

Ce savoir sur le travail est bien sûr du côté du patient, le savoir du praticien consiste à développer des techniques d'investigation afin que le patient puisse, grâce à des liaisons inattendues, remaniant son ralliement à des défenses devenues caduques, transformer une situation de souffrance personnelle le plus souvent dramatique en problème de travail, qu'il aura ensuite à résoudre lui-même, parfois à distance de l'entretien. Cette analyse a pour but d'offrir un dispositif de mise au travail des faillites aiguës des défenses habituellement convoquées, qu'elles soient individuelles ou collectives. Si les techniques d'enquêtes collectives en psychodynamique du travail ont fait l'objet de nombreux textes, l'entretien clinique proprement dit² utilisant les concepts de psychodynamique du travail méritait une réflexion technique.

Il n'est jamais aisé de rendre compte de la pratique d'entretiens individuels, *a fortiori* quand la technique utilisée a à voir avec la psychanalyse, c'est-à-dire qu'elle doit rendre compte du transfert. En effet, l'analyse des différents mouvements psychiques, doutes, malaises, hésitations, scansions

1. Pour un plus grand développement, voir *Travail, usure mentale* (Christophe Dejours, Bayard, 2000), ou encore « La psychopathologie du travail, du zèle à l'effondrement » (Isabelle Gernet, Lise Gagnard, colloque de l'Association internationale de prévention du suicide, au Palais des congrès du Futuroscope de Poitiers, 2004, actes à paraître).
2. Hors dispositifs de médecine du travail ou d'accueil de « souffrance au travail », au cours desquels la question de l'action n'est pas strictement réservée au travailleur lui-même, et qui ont fait l'objet, eux aussi, de nombreux travaux.

sont difficiles à mettre en évidence tant pour ce qui concerne le patient que l'analyste.

3 UN EXEMPLE D'ENTRETIEN CLINIQUE

Pour me faire comprendre, je vais tenter de relater un entretien clinique. Ce récit présente de nombreuses difficultés que j'essaierai de réduire autant que faire se peut. Tout d'abord, la retranscription d'un entretien non enregistré est faussée par le tri dans les paroles que sont les notes fussent-elles simultanées ; la mise en forme finale de l'ensemble du récit que je fais aujourd'hui est par définition l'objet de distorsions successives, mais cela me semble incontournable. Mes notes prises pendant la consultation et reprises tout de suite après présentent encore un caractère décousu ; je ne les reformalise quasiment pas pour conserver le caractère en mosaïque de la technique d'association d'idées d'une part, et pour pouvoir le relire sous un autre angle plus tard. Je garde en effet trace de toutes mes premières consultations de harcèlement moral. Je n'en fais d'ailleurs qu'une seule, le rendez-vous suivant n'étant là que pour confirmer le dégagement de la situation critique, dégagement qui ne signifie pas, loin de là, un bonheur absolu, mais plutôt, comme nous allons le voir, la transformation d'un état de douleur somatopsychique aigu en embarras (majeur) de travail, moins exaltant, mais plus raisonnable et ouvrant sur une mise à distance des figures de domination-soumission. Pour le cas présent, il n'y a eu qu'un seul entretien, j'ai eu des nouvelles de madame P. par la suite par son médecin du travail.

Après avoir pris rendez-vous par téléphone, « pour un problème de harcèlement moral », madame P. arrive dans mon bureau. Elle est âgée d'un peu plus de trente ans, ses vêtements sont élégants et soignés, mais elle a mauvaise mine, elle est pâle.

Mme P. - *Je suis perdue, je ne sais plus où j'en suis... Je suis en arrêt de travail. Je suis responsable d'un secrétariat médical et j'ai des problèmes relationnels avec un médecin, j'ai déjà fait un break par surcharge une semaine en juillet (nous sommes en avril). Je me suis arrêtée de nouveau, je n'en peux plus. Mon supérieur hiérarchique, le médecin, me crie dessus, c'est un excès d'autorité. Je suis sans voix. J'ai peur.*

J'ai des angoisses, je lui en ai fait part. À la direction aussi.

J'ai eu une conversation avec lui.

Mais depuis quinze jours il contrôle tout, tout le temps. Ses remarques ne sont pas désagréables, mais je le vis en pensant que c'est pour me coincer.





Il ne m'entend pas, il dit qu'il est débordé, qu'il ne peut pas tout contrôler.

Moi, je suis entre la direction et le médecin chef. La direction dit que les médecins devraient faire des courriers plus courts. Il faudrait qu'on ait des dossiers médicaux informatisés.

Depuis l'accréditation, ça s'est accéléré. C'était en juin. Depuis c'est toujours pareil. Les médecins ne font pas ce qu'on leur demande, ils continuent, par exemple, à aller voir les malades dans les chambres... (Elle s'agace contre les médecins récalcitrants). Je l'arrête.

Psychologue. — Que faites-vous comme travail exactement ?

Mme P. — *Je travaille dans une clinique. Elle décrit longuement l'établissement, mais strictement d'un point de vue administratif, on n'entend ni le soin ni les malades (elle récite un dépliant de présentation). Je l'arrête.*

— Depuis quand travaillez-vous dans cet établissement ?

— *Depuis plus de dix ans, je suis secrétaire médicale, je suis responsable du secrétariat depuis 8 ans.*

— Depuis quand est-ce que ça ne va plus ?

— *Jusqu'à l'année dernière ça allait. Le médecin était exigeant, mais je le protégeais, car il était débordé. Ses colères, je ne voulais pas les voir. Je fermais les yeux... Ses colères en direction des collègues. Je ne sais pas ce qui s'est passé pendant ses vacances de Noël, depuis qu'il est revenu il est insupportable. (Elle décrit le caractère emporté du médecin chef.)*

Je suis surtout entre le médecin et la direction...

— Que voulez-vous dire ?

— *Par rapport au PMSI, c'est une statistique qui contrôle l'activité pour l'Agence régionale d'hospitalisation. Ça veut dire Programme de médicalisation des systèmes d'information. Je l'ai mis en place avec lui, le médecin chef. La direction nous met une pression. On est à l'essai jusqu'en 2008. Après on enverra les données une fois par mois et l'enveloppe sera en conséquence. Je suis technicienne de l'information médicale, j'ai eu une formation minime, mais ça va.*

— Que faites-vous exactement comme travail ?

— *Je suis la secrétaire médicale du médecin chef, en plus je suis responsable des autres secrétaires médicales, avec elles ça va.*

— Et le PMSI en plus, c'est depuis quand ?

— *Depuis 2002. On est encore au budget global jusqu'en 2008, toutes les données sont envoyées depuis 2000. C'est juste pour les statistiques. On sait depuis décembre que le budget global s'arrêtera en 2008...*

Je suis en arrêt depuis quinze jours, mon médecin du travail me conseille un arrêt longue durée pour qu'il comprenne. Je ne peux plus travailler avec lui. (Elle pleure.)

À la maison je suis inactive, je ne fais rien de mes journées, je suis angoissée, c'est horrible. Je ne pense qu'à ça.

(J'arrête l'entretien parce qu'elle sanglote.)

3.1 La mise en discussion

La suite de l'entretien n'a pas pu être prise en note parce que les questions réponses sont trop brèves, je ne la laisse plus seulement décrire, je lui propose des rapprochements, des appositions, je lui explique certains mouvements psychodynamiques. Le rythme du dialogue est rapide, les notes sont donc prises de manière synthétique aussitôt après l'entretien. Je donne ici une version retravaillée de ces notes.

On entend qu'elle arrive avec la plainte de harcèlement moral qu'elle avait annoncée au téléphone. Elle se présente dans l'état habituel des « harcelés », c'est-à-dire pâle, défaite, anxieuse, sous traitement psychotrope de peu d'effet. Il faut signaler que son état n'est pas très dégradé parce qu'elle n'est pas en arrêt de travail depuis longtemps. Elle accuse son supérieur de « *chercher à la coincer* » sans cesse, ce qui lui provoque des crises d'angoisses, lui fait peur, et cela depuis qu'il serait revenu de vacances. On doit donc entendre que la cause de la mauvaise humeur du médecin est à rechercher hors travail. Pourtant l'évocation d'un premier arrêt de travail juste après l'accréditation¹, qui nous indique une augmentation de la charge mentale au moment de la mise en application des prescriptions de l'ARH² ou plus précisément pour ce qui la concerne au moment de la présentation de cette mise en application, ainsi que la longue habitude plutôt stoïque qu'elle avait du caractère emporté et colérique du médecin, nous font continuer à questionner le travail, ses butées, ses difficultés de coopération.

On apprend ainsi qu'ils ont fait la formation PMSI ensemble, qu'ils allaient en stage ensemble, qu'ils sont les seuls de l'établissement à avoir cette qualification et donc les mieux placés pour comprendre comment ce système fonctionne « de l'intérieur » et comment on peut influencer sur les résultats statistiques. Il a démissionné de cette fonction commune fin décembre. Elle ne connaît pas la raison de cette défection, elle a juste l'impression qu'il l'a laissée tomber parce qu'il était énervé par ses vacances. Nous faisons ensemble le rapprochement de la date de ces fameuses vacances avec

-
1. « L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. Plus de 3 000 établissements sont concernés. » Renseignements pris sur le site de la Haute Autorité de Santé.
 2. L'Agence régionale d'hospitalisation « définit et met en œuvre la politique régionale de l'offre de soins... analyse et coordonne l'activité des établissements de santé publics et privés... contrôle leur fonctionnement... détermine leurs ressources » etc. Renseignements pris sur le site des Agences régionales d'hospitalisation.

la date à laquelle ils apprennent que le PMSI va avoir une influence directe sur le budget dans un an et demi et que les années qui viennent de se passer et l'année en cours serviront de modèle comparatif et prévisionnel... Et que les pratiques ne changent pas assez vite au gré de l'Agence régionale d'hospitalisation...

Je lui fais remarquer qu'elle dit souvent « *Je suis coincée entre le médecin et la direction* ». Les directives gestionnaires ne seraient-elles pas compatibles avec le soin aux malades ? Qu'en serait-il d'un « coincement » du médecin par la direction ? Elle écoute attentivement, réfléchit, fait des rapprochements. Nous relisons attentivement ensemble les notes que j'ai prises pendant qu'elle parlait. Nous revenons sur ses remarques « *il a peur, il est débordé, il ne peut pas tout contrôler...* ». Elle est surprise de voir se transformer progressivement un problème interpersonnel en problème de travail : l'arbitrage des priorités le rendrait agressif. Elle peut le comprendre, mais elle lui en veut aussi parce qu'elle gère seule (évidemment) le PMSI depuis décembre... Cela augmente sa surcharge, et bien sûr, c'est cela qu'« *il contrôle tout le temps* »...

Nous discutons du prescrit et du réel¹, du *care*² intrinsèque de la profession de secrétaire. « *Je le protégeais* », nous discutons longuement du travail qui consiste à permettre le travail d'un autre, de son invisibilité encore plus grande que celle du travail en général, un des critères en étant sa discrétion. Je suggère des exemples choisis dans la sphère domestique (les chaussettes qui ne poussent pas spontanément propres et rangées par paire dans le tiroir adéquat, la liste de courses qui ne s'impose pas « toute faite » mais qui suppose de longs et nombreux moments de réflexion dans les interstices du reste de l'activité) elle se détend, elle rit, elle comprend très vite. Elle prend conscience du caractère inconnu, énigmatique de ce travail étrange de permettre l'activité d'autrui, d'aménager sa

1. L'écart entre le travail prescrit, c'est-à-dire les différents ordres que reçoit la personne qui travaille, et l'activité réelle a été mis en évidence par les ergonomes de langue française. C'est l'étude de cet écart, entre ce qu'on devrait faire et ce qu'on fait vraiment, qui intéresse la psychodynamique du travail. L'intérêt pour cet écart ne vise pas à le condamner ou à le réduire, mais à le considérer attentivement comme écart indispensable pour produire malgré les aléas non prévus par le prescrit, et pour le psychanalyste à comprendre ce qu'il suppose du côté de l'engagement subjectif. Pour de plus amples développements, on peut se reporter aux travaux de Christophe Dejours et Pascale Molinier.
2. Je garde au mot *care* son origine anglaise, les traductions de *care* par soin, souci, sollicitude, attention, ne rendant pas compte de la mise en parallèle des deux soins : *to cure* qui signifie soigner et *to care* : qui signifie prendre soin. Il sera question ici du soin que cette secrétaire prend de son médecin chef et non pas des soins qu'elle lui prodiguerait. Pour plus de réflexions, un excellent numéro de la revue *Raisons pratiques* (éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales) est consacré à l'éthique et politique du *care* : « Le souci des autres » (janvier 2006). Dans ce numéro, l'article de Pascale Molinier « Le *care* à l'épreuve du travail, vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets » met la notion de *care* à l'épreuve des concepts de psychodynamique du travail.

vie¹. Faire la valise de son mari, préparer les habits des enfants, remplir le réfrigérateur, prévoir les menus, penser aux sacs de sports, à l'inscription au judo... Et tout cela sans se plaindre, ce qui d'une part la transformerait en mégère et les mégères sont contre-productives, elles ne facilitent la vie de personne, et d'autre part ce qui lui rendrait le ressenti de sa tâche plus lourd si elle se laissait aller à en percevoir le caractère non réciproque. L'évocation de tous ces gestes silencieux, décousus en même temps que parfaitement adaptés, qui ne se remarquent que s'ils ratent (le sac n'est pas prêt, il manque de la moutarde, elle fait attendre les enfants à la sortie de l'école, etc.) la retiennent longtemps. Elle fait la remarque que si son mari peut travailler et avoir deux enfants très jeunes, ce n'est que parce qu'elle organise tout pour qu'il puisse le faire, partir douze heures par jour cinq jours par semaine et travailler le dimanche après-midi à la maison... Elle ne tarit plus sur la pénibilité des pressions auxquelles il est soumis en tant que cadre supérieur. Elle fait tout pour qu'il puisse « *voir ses enfants grandir quand même* ». Mais elle est amusée en disant : « *En fait, l'argent qu'il gagne, ça vient aussi de mon travail !* » Sous-entendu domestique...

Après cette incursion dans la sphère de l'intime afin de saisir ce qu'il en est exactement du travail de *care*, nous revenons au travail de secrétariat pour faire une analogie de structure entre le travail qui rend possible le travail de son mari et celui du médecin chef.

Pendant des années, elle a protégé, organisé efficacement et discrètement le travail du médecin, interface entre lui et tous ses interlocuteurs, le ménageant, lui préparant ses dossiers, lui rappelant ses rendez-vous, calmant les collègues qui se plaignaient de son caractère emporté... Elle savait tout, « pas de secret pour les secrétaires », organisait, planifiait tout, se taisait sur tout. Cette partie de son travail ne lui pesait pas plus que son travail domestique.

Mais tout n'a-t-il pas changé depuis la mise en place du PMSI ?

Entendant ce questionnement, elle est interloquée, s'arrête, « *évidemment, je sais tout...* ». Ce qu'elle planifie, et même ce qu'elle ne planifie pas et qu'il fait, et même ce qu'elle planifie et qu'il ne fait pas... elle le rentre dans le PMSI. Il ne peut rien dissimuler. On inverse la proposition du départ, ce ne serait pas lui qui contrôlerait tout ce qu'elle fait, mais elle qui contrôlerait tout ce qu'il fait... On s'aperçoit qu'il ne peut plus « se reposer » sur elle. Cela est dû bien sûr à la surcharge de tâches auxquelles elle est obligée de faire face, mais pas seulement... C'est par nature antinomique d'inventer ou de permettre des aménagements transgressifs pour autrui et de... rentrer tout

1. Le travail de *care* fait indéniablement partie de la catégorie que Jean Oury nomme « le travail inestimable » au double sens d'un travail qu'on ne peut pas évaluer (estimer) et d'un travail extrêmement précieux. (Séminaire de Sainte-Anne, inédit.) Se reporter au dossier « Le travail inestimable », Revue *Travailler*, n° 19, janvier 2008, Martin Média.

ça dans l'ordinateur pour la direction et les Tutelles... Il n'a pas de secret pour elle, tout en étant obligé d'en avoir. Sans s'en apercevoir, elle a progressivement abandonné sa fonction de protection pour une fonction de contrôle : « *Je suis entre lui et la direction* » prend un autre sens. Cette fonction de contrôle l'empêcherait d'effectuer le travail de *care* intrinsèque de sa tâche... L'injonction paradoxale est clairement établie dans la mesure où elle ne se pose pas la question de la contradiction entre les deux termes du contrôle et de la protection¹.

Elle pense « *qu'il veut la coincer* »... Elle convient du fait qu'ils ont probablement retourné une relation de *care* en relation de méfiance, qui ne permet plus le même type de coopération. Si ce n'est plus lui qu'elle protège, est-ce la direction ? L'ARH ? Où sont alors passés les malades ? Elle esquivé immédiatement. Je n'en saurai pas plus. C'est fini. Les ouvertures, la curiosité, la disponibilité dont elle faisait preuve cessent de manière tout à fait perceptible. Elle se pose tout haut la question : « *Qu'est ce que j'arrête ? "Son" secrétariat ? La responsabilité du secrétariat médical ? La gestion du PMSI ?* ». Elle hésite sur les transformations à apporter à sa situation de travail, elle n'est pas sans considérer avec amusement combien elle pourrait « se venger » en continuant à « *gérer le PMSI* », mais dans tous les cas, c'est évident, elle reprend le travail dès le lundi suivant.

Elle réfléchit encore à ce qu'elle devra changer en se levant pour partir. J'ose lui rappeler que si elle a du mal à décider une transformation de sa situation, elle peut aussi prendre du recul et se situer du côté de l'utilité sociale, c'est-à-dire étant donné son métier, du côté du soin aux malades... mais elle n'entend toujours pas. Je lui suggère que peut-être les soucis des nouvelles organisations de gestion ne permettraient pas de centrer sa pratique du côté du soin aux malades, mais se réduirait à rappeler aux médecins qu'ils ne devraient pas aller dans les chambres et feraient des courriers trop longs à leur sujet afin de « rentrer l'activité dans les cases »...

Cette dernière intervention peut sembler une erreur technique de ma part : je n'ai pas à donner mon avis, ni éthique ni politique dans le décours de mes entretiens. Je répondrai que mon expérience de ce type de consultation m'a montré qu'une situation de crise interpersonnelle suffisamment douloureuse pour nécessiter une demande de rendez-vous (et ici suffisamment douloureuse pour que le médecin du travail lui conseille un arrêt longue maladie) m'a jusqu'à maintenant semblé relever pour partie d'une souffrance éthique

1. La multiplicité des prescriptions (vite, bien, avec moins de personnel, sans prise de risque et en réduisant les dépenses...) s'avère le plus souvent contradictoire, mais la plupart du temps les travailleurs trouvent des solutions de compromis acceptables soit pour eux-mêmes soit pour leur collectif de travail. Je renvoie ici aux travaux de l'ergonomie de langue française ou au livre de Christophe Dejours, *Travail, usure mentale*, Bayard, 2000. Ici, les compromis défensifs stables convenus entre eux (elle le « protège ») entrent en conflit avec la traduction informatique de l'activité des médecins, qui écrase la dimension d'adaptation permanente au réel.

liée à une perte du sens de l'utilité sociale de son travail. Dans le cas que nous étudions aujourd'hui, c'est sans doute parce qu'il n'est pas possible pour cette secrétaire d'arbitrer « pour le bien commun¹ », qu'il ne lui reste plus qu'à s'en tenir à appliquer des ordres qui sont en contradiction s'ils sont effectués par une même personne qui, comme elle, ne peut tenir la tension. S'agissait-il ici de « faire marcher l'hôpital » ou de soigner les malades ? Il m'a donc semblé devoir terminer l'entretien sur un léger déplacement des difficultés techniques vers des difficultés morales-pratiques. Le fait qu'elle n'ait pas pu se saisir de ce déplacement n'est pas de bon pronostic pour elle, elle pourra probablement remanier ses défenses, mais si la question du sens reste oblitérée, l'équilibre restera précaire.

Je lui précise aussi, sur le pas de la porte, qu'elle pourrait revenir explorer l'avant et l'après de l'accréditation... Elle n'entend pas non plus, pourtant j'ai vu un autre cadre, effectuant un autre type de tâche du même établissement quelques semaines plus tard, dans le même état, qui ne m'a parlé que de ce changement-là. La réorganisation liée à l'accréditation était là clairement mise en cause et les tempêtes interpersonnelles encore plus dévastatrices, ils en étaient aux injures, aux « *j'aurai votre peau...* ».

J'ai eu des nouvelles de Madame P. quelques semaines plus tard par son médecin du travail, elle avait repris son travail et ne faisait plus parler d'elle dans le service de santé au travail, sans que le médecin sache quelle décision de remaniement elle avait prise.

4 RÉFLEXIONS SUR LE DISPOSITIF

Mon intervention a consisté à remettre en liens les différentes représentations qui avaient été isolées les unes des autres, aider sa pensée à se désengourdir, à sortir de la fascination sidérante de la domination soumission. Pour sortir de la logique cruelle du harcèlement moral, il faut avant tout cesser de personnaliser le conflit ; défaire le tourbillon sadomasochiste ne s'obtient pas en demandant d'en détailler toutes les humiliations, ce qui ne provoque qu'une reviviscence (et cette fois-ci devant témoin) de la situation vécue dans ce qu'elle a de plus douloureux. Ce dispositif n'a pas non plus

1. J'entends par le « bien commun » un critère du « bon travail » qu'on peut (et doit) mettre en discussion (toujours à refaire) dans de nombreux espaces, le groupe de pairs (ici les autres secrétaires), mais aussi le reste du personnel de la clinique et bien sûr l'espace public citoyen. Le recul qui manque à madame P. pour penser elle-même la contradiction entre le contrôle et la protection vient du fait qu'elle ne peut pas, elle le montre au cours et à la fin de l'entretien, évoquer le soin aux malades.

pour but de faire comprendre aux autres travailleurs ou à la direction de l'établissement la souffrance de la personne qui consulte, mais de lui faire approcher à elle les détours qui l'ont amenée à se perdre dans la crise. Il me semble nécessaire de pointer ici la phrase « *mon médecin du travail me conseille un arrêt longue durée pour qu'il comprenne*¹ ». On pourrait penser que l'arrêt maladie longue durée avait pour but² l'édification, mêlée d'accusation, du médecin chef. La preuve de l'injustice résiderait dans l'incapacité de la victime, incapacité qui aurait donc à se poursuivre jusqu'à ce que le médecin « comprenne ». On voit dans ce cas précis qu'on pourrait attendre longtemps une compréhension technique de la part du médecin ; quant à une compréhension « pathique », il est décrit comme peu apte à la ressentir, et cela depuis plusieurs années. Le risque était donc grand que l'arrêt maladie, augmentant inconsiderablement la durée de la mise à l'écart du travail, n'aggrave le malaise de cette personne. La place de l'action – du côté du patient – dans le dispositif technique que propose la pratique de la psychanalyse me semble de ce fait à appliquer de manière tout à fait rigoureuse, faute de quoi les deux protagonistes : le patient et le thérapeute, peuvent risquer de se trouver entraînés ensemble dans le rapport de force tumultueux du harcèlement.

La place du savoir, de la même manière, est à maintenir du côté du patient. On sait pourtant, grâce à d'excellents ouvrages de sociologie du travail, combien certains métiers sont rendus actuellement plus difficiles³. Il me semble qu'un « savoir » théorique en surplomb est indispensable pour mener des raisonnements sociologiques ou épidémiologiques, mais nous ne nous situons pas sur ce plan : ce n'est pas une dégradation sociale collective qui a rendu madame P. malade, car alors pourquoi cette personne serait-elle plus malade que les autres secrétaires médicales de l'établissement ou même du département ? Tout au contraire, c'est au fur et à mesure des moments où elle a pu comprendre ce qu'il en était des transformations de sa pratique personnelle, au plus près de ce que la psychodynamique du travail appelle le « travailler », qu'elle s'est trouvée progressivement soulagée. C'est bien un questionnement de l'activité dans ce qu'elle a de plus singulier sur une période précise, dans un lieu précis qui aide à dénouer les installations ravaugeuses qui se présentent en entretien de souffrance au travail. L'augmentation des charges mentales dues au management par objectif, aux interruptions

1. C'est moi qui souligne.

2. Au moins dans l'esprit de madame P.

3. Les récentes évolutions des conditions de travail sont très bien décrites par Michel Gollac et Serge Volkof par exemple dans leur ouvrage *Les Conditions de travail* (collection « Repères », La Découverte, 2000), mais elles ne doivent pas être confondues avec la situation de travail individuelle qui prend en compte non seulement l'ancienneté, l'expérience, mais aussi le mode d'engagement subjectif dans ce que la personne qu'on rencontre ajoute à la prescription pour qu'elle devienne efficace.

constantes dans le travail, aux responsabilisations individuelles, au management par la concurrence ou la performance sont des phénomènes qui rendent compte de la dégradation des conditions de travail, ils ne rendent pas compte des décompensations individuelles brutales en psychopathologie du travail. Il est nécessaire pour les investiguer d'analyser très finement les avatars du zèle déployé jusque-là pour être efficace d'une part, et du coût de la participation personnelle aux stratégies collectives de défense, d'autre part.

Il reste à remarquer que l'investigation du « travailler » est une pratique difficile ; il ne suffit pas en effet de s'en tenir à la description de l'établissement employeur ni même à l'explicitation – même très détaillée comme il convient de le faire – de la fiche de poste, il faut aussi poser la question du « Comment faites-vous pour faire ce que vous faites ? » et « Qu'est-ce que cela vous fait ? », et si cela ne suffisait pas, il convient de demander ce qui est le plus difficile, le plus coûteux psychiquement, à différencier de ce qui est réputé demander le plus d'habileté¹. Cette pratique d'entretien n'est pas destinée au « bureau des méthodes », ni à instruire la rédaction d'un bilan annuel, ce qui nous concerne est la crise du « travailler » dont souffre cette personne précise à ce moment précis.

CONCLUSION

Mon expérience m'a montré que les dates sont un fil rouge très précieux. En effet, les liaisons de cause à effet entre les événements étant perdues, il est nécessaire de poser la question du « depuis quand ». « Depuis quand n'y arrivez-vous plus ? », on a vu avec madame P. que ce qu'elle présente comme la cause de son malaise : le caractère colérique de son supérieur, existait bien avant la mise en crise qui l'amène, j'ai donc cherché à rapprocher entre elles d'autres dates, liées celles-ci à des modifications d'organisation du travail, tout en sachant que ce n'est pas la modification d'organisation qui rend malade, mais la transformation des installations défensives non pas de cette profession-là, de ce travail-là, mais les impasses dans lesquelles se trouvait l'activité de cette personne singulière. Ce type d'entretien ne peut être utile que pour une seule personne à un moment donné, il ne permet pas d'intervention directe, même s'il peut utilement instruire la connaissance d'un des acteurs de santé mentale de l'établissement de travail. Il faut ajouter, pour finir, qu'il n'est pas possible de « forcer » la porte des défenses ou de l'analyse du zèle. Nous ne

1. Les difficultés techniques sont souvent une souffrance tant qu'on n'a pas inventé d'habiletés pour y faire face, mais elles peuvent par la suite être au contraire sources de plaisir par la reconnaissance qu'elles engendrent de la part de ceux qui connaissent bien le travail.

cherchons pas à « débusquer » un insu au profit de notre propre compréhension, ni d'apporter de l'eau au moulin du débat sur les organisations du travail, mais simplement d'offrir un dispositif singulier de dégagement d'interactions ravageuses grâce à un « dire éclairant¹ » sur ce que cela lui fait de faire comme elle fait... On remarquera que dans cet entretien nous n'avons rien su des rapports de madame P. avec ses collègues, ni avec les autres médecins ; nous n'avons pas su non plus comment elle avait fait pour tenir jusqu'à l'accréditation. Il n'est pas facile de trouver la mesure dans ce type d'entretien : les questions sur le « Comment faites-vous » et les multiples « Depuis quand ? » ne doivent pas transformer l'entretien en interrogatoire. De plus, malgré la curiosité ou l'intérêt qu'on peut porter à explorer les tours et détours du zèle, il est important de rappeler que le psychanalyste ne prend que ce qu'on lui apporte, faute de quoi il risquerait fort de se transformer en directeur de conscience. C'est sans doute pour prévenir ce risque que je ne prévois qu'un seul entretien, tout en maintenant la porte ouverte sur un entretien suivant « *si vous souffrez de nouveau* ». Jusqu'à maintenant seuls quelques-uns d'entre eux sont revenus plusieurs fois agrandir leur champ de recherche sur leur travail, de plus en plus apaisés au fur et à mesure des entretiens. La plupart du temps la transformation de la tempête interpersonnelle en butée de travail suffit à faire reprendre le cours de l'activité, jamais la bonne, jamais satisfaisante, mais vivable, et finalement opportunité pulsionnelle irremplaçable.

BIBLIOGRAPHIE

DEJOURS C. (2000), *Travail, usure mentale*, Bayard.

GOLLAC M., VOLKOF S. (2000), *Les conditions de travail*, La Découverte, coll. Repères.

HIRIGOYEN M.-F. (1999), *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, La Découverte/Syros, 1999.

LACAN J. (1966), « La direction de la cure », *Écrits*, Le Seuil, 1966.

MOLINIER P. (2006), « Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », *Raisons pratiques*, « Le souci des autres. Éthique et politique du *care* », n° 16, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

MOLINIER P. (2007), *Les enjeux psychiques du travail*, Payot.

REVUE *Travailler*, « Le travail inestimable », n° 19, janvier 2008, Martin Média.

SEARLES H. (2005), « Le patient, thérapeute de son analyste », *Le Contre-Transfert*, Paris, Gallimard, coll. Folio Essais, 2005.

1. *Op. cit.*, Jacques Lacan.

INDEX DES AUTEURS CITÉS

A

Alric J. 32
Ansermet F. 204, 209, 210, 211
Anzieu D. 160, 164
Aulagnier P. 156, 162

B

Balier C. 88, 89, 98
Barthes R. 11
Binzwanger L. 114
Bion W. 168

C

Cabassut J. 31, 194, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 210, 211
Chevance A. 174, 184
Chiland C. 175, 179
Ciavaldini A. 89
Crocq L. 110, 111, 112, 113

D

Damiani C. 41, 110, 112, 114
Dejours C. 217, 219, 223, 225
Desprats Péquignot C. 143

F

Farges N. 156

Fédida P. 31, 134, 193, 201, 211
Ferenczi S. 47, 161, 162, 192
Freud S. 38, 47, 70, 133, 136, 186, 200, 203, 209

G

Gaignard L. 219
Georget E. 199
Gernet I. 219
Gimenez G. 155, 157, 162, 167
Gollac M. 227
Gomez J.-F. 203
Gori R. 14, 32, 197
Gortais J. 41
Gravier B. 89

H

Ham M. 211
Harrati S. 104
Hirigoyen M.-F. 218

J

Jacobi B. 194, 195

K

Kant E. 196
Klein M. 184
Kohut H. 54

L

Laborit E. 160, 161, 166
 Lacan J. 74, 81, 83, 142, 163, 166, 193,
 201, 202, 203, 204, 218, 229
 Lachal C. 114
 Lalande A. 197
 Lavallée G. 164, 165, 167
 Lebigot F. 113, 114, 116
 Ledoux M. 203, 205, 207, 211
 Legendre P. 207
 Léger J.-M. 173, 174, 175
 Lopez G. 111

M

M'Uzan M. de 53
 Mannoni M. 197, 201, 202
 Melon J. 201
 Meynard A. 156, 162, 164
 Milner M. 163
 Molinier P. 217, 223

O

Oury J. 200, 205, 218, 224

P

Peirce P. 196
 Perrier F. 5
 Pignol P. 90, 116, 117
 Pommier G. 174

Q

Quignard P. 199, 201
 Quinodoz D. 47

R

Rassial J.J. 207
 Rouquette P. 111
 Rouzel J. 194

S

Samacher R. 198, 199
 Sandler J. 40
 Sauret M.-J. 191, 194
 Searles H. 217
 Sironi F. 112
 Sorrentino M.G. 204, 209, 210, 211
 Sylvestre M. 111

T

Tosquelles F. 191, 207

U

Urtubey L. 114

V

Vaillant C. 112
 Vavassori D. 104
 Villerbu L.M. 90, 91, 98, 104, 109
 Volkof S. 227

W

Waintrater R. 50
 Winnicott D.W. 21, 50, 54, 159, 160, 161,
 164, 192

Z

Zemmour N. 201, 210
 Zucker D. 115

Sous la direction de
Olivier Douville
et Benjamin Jacobi

10 ENTRETIENS EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE DE L'ADULTE

Cet ouvrage présente 10 entretiens menés en psychologie clinique de l'adulte, dans différentes institutions :

- l'entretien clinique et la psychothérapie ;
- l'entretien clinique de témoignage ;
- l'entretien clinique avec des sujets toxicomanes ;
- l'entretien clinique en agressologie ;
- l'entretien clinique en victimologie ;
- l'entretien clinique à l'hôpital général ;
- l'entretien clinique avec un sujet atteint de surdité ;
- l'entretien clinique avec un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer ;
- l'entretien clinique auprès du déficient mental ;
- l'entretien clinique dans le contexte de la psychodynamique du travail.

Tous permettent d'apprécier la dimension des formations psychiques qui émergent lors de ces entretiens.

Destiné aux étudiants de psychologie, cet ouvrage intéressera aussi tous les psychologues cliniciens.

OLIVIER DOUVILLE

Maître de conférences
des Universités,
Laboratoire CRPM,
université Paris 7 –
Denis Diderot.

BENJAMIN JACOBI

Professeur de
psychopathologie clinique
à l'université de Provence-
Aix-Marseille 1.

Avec la collaboration de :

MICHÈLE BENHAÏM
JACQUES CABASSUT
ANDRÉ CHEVANCE
CATHERINE DESPRATS
PÉQUIGNOT
LISE GAINARD
PHILIPPE GÉNUIT
PASCAL LE BAS
PASCAL PIGNOL
STÉPHANIE VERNAY
LOÏCK M. VILLERBU
RÉGINE WAINTRATER

