

Les victimes du temps de dire. À propos des cellules d'écoutes médico- psychologiques en urgence¹

Jacques Cabassut
Mohammed Ham

La notion de traumatisme et la prise en charge des « névrosés traumatiques » interrogent et ne cessent de faire débat. À partir de leurs pratiques cliniques, les auteurs montrent que l'exploration devrait surtout s'intéresser à l'écoute qui se déploie dans les dispositifs cliniques. Si cette dernière demeure captivée par le traumatisme, elle ne fera que le redoubler. Mais si elle s'actualise dans la dynamique du transfert via la parole, elle favorisera les processus de subjectivation : le sujet serait à même de se déloger de sa position traumatique.

Le trauma peut constituer le modèle d'une mémoire amnésique dont l'agir constitue l'action perdue

P. Fédida, préface au livre de J. Altounian, *La survivance*, Paris, Dunod, 2000, P. IX

Liminaire

Depuis la mise en place, en 1995, des cellules d'urgence médico-psychologique en France, suite aux attentats du R.E.R de Saint-Michel, la controverse autour de la notion de traumatisme et de la prise en charge des « névrosés traumatiques » s'est réactualisée, offrant aux opposants et aux défenseurs de ces lieux l'occasion de préciser et d'approfondir leurs vues sur la question. C'est dans ce contexte que se situe le présent texte.

Position du problème

L'injonction de dire le traumatisme en cellules d'urgence dans diverses situations de violences -telles, entre autres, les violences subites et subies (guerres, attentats, catastrophes naturelles ou industrielles, violences conjugales, maltraitements physiques, abus sexuels), les accidents à formes multiples (travail, circulation, domicile) ou les situations de déplacement, d'immigration et d'exil-relève probablement d'un parti pris technico-clinique. Si celui-ci reconnaît à la parole ses potentialités de métabolisation des épreuves subjectives, il semble

ignorer que ce n'est qu'à la condition que cette parole puisse surgir en puisant dans l'oubli ses capacités de restauration langagière.

Justement, parce que le procédé se veut technique, qu'il procède par injonction du dire, et qu'il vise la verbalisation du souvenir, il nous semble redoubler le phénomène qu'il tente d'endiguer en le fétichisant. Le sujet psalmodie l'événement dit traumataugène, la parole se fixe dans une plainte circulaire commémorant l'insistance d'images imprévues et le sujet se risque à se confondre, malgré lui, à un effroyable réel l'inscrivant dans une temporalité chronologique. Celui-ci n'aura de cesse que de reléguer sa structuration logique derrière un nouveau moi persécuteur qui vide le familier de son historial et où l'intime devient étrange.

On n'insistera jamais assez sur le fait que l'intrusion effroyablement excessive du réel et le viol sexuel ont en commun une avnnexion désubjectivante de l'être qui, si elle est miroitée par l'invitation à dire, ordonne autant la parole que l'écoute; une écoute qui se trouve, de ce fait, désaliénée du pacte transférentiel et aliénée à la narration traumatique. Discours traumatique et écoute post-traumatique se co-impliquent dans une célébration de l'imprévu instaurant un lien technique. Ceci ouvre à l'hypothèse de travail que nous nous proposons d'explorer ici :

Toute névrose « ordinaire ou clinique » est traumatique; elle ne s'organise et n'atteint la dignité d'une névrose de transfert qu'en situation de rencontre clinique et analytique.

Trauma du sexuel, trauma de la mort et autres figures du traumatisme

Le mot traumatisme et ses dérivés favorisent une co-occurrence sémantique qui les font fonctionner du côté d'un recyclage linguistique inscrivant une signification floue qui ne masque que le vide de la pensée, vide propre à la « Chose » sexuelle et mortifère. Car le sexe et la mort désignent le traumatisme en psychanalyse. Le premier s'avère potentiellement structurant, lors des énigmatiques « mauvaises rencontres » du réel qui jalonnent l'édification psychique du sujet, dans la confrontation à la différence des sexes et à la castration (Lacan, 1963-64, 75). La seconde, désubjectivante, confronte l'être humain à l'impensable de sa propre mort, que celui-ci va traduire par la souffrance symptomatique de la névrose traumatique.

Si le trauma est, de structure, sexuel, qu'en est-il alors du trauma non sexuel accidentel, à supposer qu'il réactive chez le sujet le traumatisme originaire (Assoun, 1999, 10)?

Cette question que nous avons déjà abordée d'un point de vue métapsychologique et topologique (Cabassut-Ham, 2002, 2003, 2004) nous nous proposons aujourd'hui de la travailler dans sa dimension temporelle. Cette première distinction entre deux acceptions du trauma, attribue un temps spécifique à chacune d'elles, nous introduisant d'emblée à la distance

chronologique qui les sépare : le temps du trauma sexuel ne se confond pas à celui de la mort. La clinique analytique du sujet traumatisé, devra en tenir compte afin de ne pas tomber dans le piège d'une « traumatologie psychologisante ».

Ce *tempo* traumatique particulier ne va pas sans poser quelques questions fondamentales dans la prise en charge psychanalytique du « sujet du trauma », en particulier pour ce qui concerne le « temps suffisamment fécond » de rencontre clinique du traumatisé. Celui-ci interroge directement l'instauration instantanée d'un travail (psychique?) de verbalisation par les cellules d'urgence psychologique, parfois sur les lieux mêmes de l'attentat ou de la catastrophe. Cette pratique s'est répandue au « fil du temps » social, empruntant les voies d'une vulgarisation simplificatrice de la notion de traumatisme et ce, dans divers champs : santé, social, médico-social, culturel...

Elle est aujourd'hui érigée en usage clinique alors que nous l'avons peu ou pas encore soumis à l'épreuve de la métapsychologie.

Notre entreprise ambitionne cette confrontation, à partir de la rencontre transféro-contre-transférentielle, produite à deux moments particuliers, soit à proximité (et non dans l'immédiateté) soit à distance de l'évènement traumatique.

La clinique à proximité chronologique de l'imprévu : Le temps de la rencontre : « va te faire voir... »

Mr D. se retrouve grièvement brûlé suite à une explosion d'origine chimique dans l'entrepôt de manufacture de produits industriels où il officie. Il se retrouvera projeté et coincé durant quelques secondes interminables au niveau de l'entresol, cerné par les gravats, la fumée enveloppante et la chaleur insoutenable amplifiant la violence de l'explosion et participant à la confusion ambiante. Son collègue subit le même sort dramatique, tous deux échappant à la mort.

Mr D. présente le tableau symptomatologique quasi-exhaustif de la névrose traumatique : vulnérabilité au monde qui l'entoure, phobie du feu (réel et virtuel, perçu à la télévision), isolement dépressif au sein de la communauté de malades, perte d'appétit, angoisse massive et envahissante etc. Surtout, il demande spontanément à « voir » le psychologue du service du centre de rééducation cutanée, à cause de l'invasion diurne (flashes) et nocturne (cauchemars quasi-quotidiens) de la scène tragique « où il s'est vu mourir ». Les entretiens ne peuvent initialement se dés-enkyster de cette « soudaine intimité de la mort » (Barrois, 1998) perçue lors de l'accident. Mr D., vulnérable, tente de rendre compte de sa souffrance : il ne se reconnaît plus et me prend à témoin de son état physique actuel « qui n'est pas beau à voir ».

La rencontre clinique elle-même est source d'angoisse, amplificatrice du pathos. Mr D., quoique ponctuel à notre rendez-vous hebdomadaire, reste déstabilisé par celui-ci. La transformation de l'épreuve traumatique en expérience de vie, l'oblige à un effort de symbolisation langagière qui s'avère douloureux, même si, inexplicablement, il pense que « ça lui fait du bien ».

D'ailleurs, les épisodes cauchemardesques se sont peu à peu réduits et localisés la « veille » de nos rencontres, comme si l'anticipation de notre rendez-vous, ravivait les flammes de la réminiscence.

Les entretiens se vivent progressivement sur un mode intrusif, voire persécuteur : le psychologue ne lui parle pas suffisamment, ne le reconnaît pas assez en lui redonnant une désignation identitaire, et son regard est perçu comme un jugement... Ce regard signifiant, porteur de la « male-diction » du silence de l'Autre, est celui de « la mort dans les yeux » décrit par J.P. Vernant. C'est aussi celui de son père, qu'il associe au mien en séance, alors que je lui demande d'explorer ce champ de vision psycho-historique : son père le regarde à travers les yeux du tenant-lieu de l'Autre, le clinicien. Ce regard surmoïque redouté, à l'image d'un père craint avec lequel « ça passait pas..., d'ailleurs on se parlait pas », « ça » lui dit néanmoins quelque chose : qu'il n'est « rien », réduit comme jadis, comme lorsqu'il était enfant.

L'affect d'angoisse est également relié au souvenir du père et plus particulièrement... à sa mort, sa longue maladie qui nécessita un accompagnement pénible et de nombreuses « veilles » de soins médicaux. Il est similaire à celui éprouvé lors du décès effectif de celui-ci, quelques années plus tôt.

Enfin dans un ultime temps, il mettra en travail cette *imago* paternelle qui l'a surpris dans le regard, et vis à vis de laquelle il éprouve d'abord une certaine honte, avant que de prendre conscience de son désir haineux (et culpabilisant) envers un homme qui l'empêchait de jouir librement d'une femme interdite, sa mère. Celle-ci, est présentée à l'égale d'une sainte, les souvenirs d'enfants (de jeu, de relation éducative...) lui revenant plaisamment en mémoire. Entre temps, la névrose traumatique a disparu, comme dissoute par et dans la rencontre.

Le temps de la détresse

Lors de l'impact traumatique comme dans son après-coup immédiat, éprouvé de détresse et trauma ne sont qu'un. L'« Hiflosigkeit » freudien est traduisible par « trauma » : l'élément traumatique n'est autre que la détresse elle-même, soit cette exposition à la non-satisfaction des besoins primaires, qui implique la mort, et ce, *sans recours possible à l'Autre*; un Autre qui a trahi le sujet au moment du chaos traumatogène : ni la Loi symbolique du signifiant, ni le pouvoir de mise en forme de l'imaginaire ne peuvent « supporter » la charge, ni participer à la bonne tenue du sujet dans le monde. Peu après, le corps du traumatisé qui ne sera plus élevé par le signifiant ni soutenu par le fantasme, risque de crouler sous le poids de la dépression, ce sentiment d'impuissance face à la cruauté du réel. C'est dire si le sujet reste en demande d'aide à un (A) autre, atteint dans l'illusion de sa perfection fantasmatique, et que le réel a fait choir de son piédestal. Ce lien de dépendance accrue s'explique par la nécessité pour le sujet de repositionner l'Autre à sa place de garant de la vérité de sa destinée, afin de pouvoir à nouveau, auprès de la place symbolique qu'il occupe, tenter un nouveau « recours » langagier. L'observation clinique du parcours relaté de Mr D. pourrait ainsi servir de cheminement prototypique du traumatisé :

- Demande spontanée de prise en charge, de rencontre adressée à 1 (A) autre-clinicien
- Expression massive de la plainte et de la douleur (physiologique)
- Association riche et prolifique (propre au sujet en « état de crise »)
- Positionnement du clinicien en place de tenant lieu d'un « Autre supposé savoir » (Didier-Weill, 1995) comment rabaisser sa détresse.

Le temps du symptôme

En attendant, la mort fait signe au sujet : « ça » lui parle sous forme d'images obscènes, dans leur portée étymologique, c'est-à-dire occupant tout le devant de la scène diurne (flashes) et nocturne (cauchemars), processus primaires et secondaires devant se résigner à tenter de symboliser « l'impossible ». Le réel accidentel se condense alors pour le traumatisé dans un signe-symptôme, qui possède quelques similitudes avec le signifiant asémantique, sans signification, à l'image de la phrase qui s'impose au sujet dans l'hallucination psychotique et qui, du fait de ne pouvoir être reliée à une autre, échappe au symbolique et reste « réelle ». Ce signe, insensé, demeure asignifiant pour le sujet : son signifié se réduira à la cruelle confrontation à la mort. Il peut s'agir et/ou :

- D'une *image* ou d'une séquence d'images condensant (chronologiquement ou pas) l'accident :
- D'une *odeur* : et Mr D. se remémore cette insupportable odeur de fumée.
- Du *bruit* consécutif à la détonation de d'explosion.
- D'une *pensée* : celle du « je suis mort » qui l'a traversé à ce moment-là.

La clinique à distance du « chronos » accidentel : le cas Ahmed

« Psychose hallucinatoire » et « inhibition psychomotrice », telles sont les descriptions découvertes dans son dossier après la rencontre d'Ahmed, d'origine maghrébine, âgé de 37 ans, et hospitalisé dans un service pour état de fatigue générale. Sa présence est étrange, me donnant le sentiment qu'il cherche à susciter la pitié : sa respiration entrecoupant un lourd silence, son regard et sa posture témoignant d'une souffrance.

Ahmed occupe la chaise très discrètement, comme si quelqu'un d'autre occupait l'espace laissé vide. Son attitude est craintive, le dos courbé, la tête penchée, son regard se dirigeant de bas en haut afin de rencontrer le mien.

Je lui explique mon travail et ma fonction et lui demande les motifs de sa présence dans le service. Il me répond d'une voix étouffée : « C'est la fatigue, je suis fatigué. »

Long silence. Invité à parler de cette fatigue, il précise : « Eh bien, c'est ce que j'avais dit au médecin, je tremble dès que je commence à travailler, je me fatigue vite, il y a mon nez qui coule, je ne fais que dormir, je ne suis bien que quand je dors... Depuis le temps que je raconte ça... Je crois que personne ne peut rien pour moi, sauf Dieu... »

Arrivé en France en 1973, ouvrier agricole, ses malaises ont commencé subitement, en 1978, cinq ans après, alors qu'il se trouvait dans un champ. Tout d'abord il a éprouvé une alternance de sensations de chaud et de froid, puis son nez a commencé à couler. Malgré cet état, il a continué à travailler. Ses troubles empirent de jour en jour; il en attribue les causes au climat et à l'humidité et décide de trouver du travail dans une autre région.

L'ambiance est lourde, le silence d'Ahmed résonne, comme s'il avait besoin d'être guidé dans l'entretien par mes questions. Chacune de ses réponses est très efficace (oui, non, je ne sais pas...); les seuls développements sont des répétitions concernant son incapacité à travailler et ses diverses démarches pour être dédommagé. Je lui demande de me parler de sa famille. « Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise? Allah est avec eux. Moi, je ne peux plus les aider. »

Ainsi, j'apprends tout de même que ce patient a quatre frères et une sœur, dont il est l'aîné. La sœur est mariée, les autres frères vivent encore avec le père.

Je saisis la parole sur cette mère absente dans son discours : elle est morte en 1978. Je lui demande si c'était avant où après que ses malaises n'aient débuté. Son regard s'emplit d'étonnement et il me dit : « Je n'ai jamais pensé à cela. » Il réfléchit un long moment : « C'était deux mois avant. » En fait, Ahmed n'avait été au courant de la mort de sa mère que quelques semaines après son enterrement, et de ce fait, n'avait pas pu y assister. Il se met à pleurer.

Ahmed attribue l'aggravation de son état, son impuissance physique, à un accident de la circulation datant de 1983, c'est à dire cinq ans après le début de ses malaises qui ne l'ont jamais quitté. « Mais j'ai appris à vivre avec. » On dirait que cet accident est resté figé tel quel dans sa mémoire. Il le retrace avec des détails surprenants; de sa position dans le carrefour jusqu'à la couleur des vêtements et de la voiture de son rival, et une description détaillée de l'état de son vélo après l'accident. « J'ai eu très peur car je voyais dans ses yeux qu'il voulait m'écraser; mais on aurait dit qu'on m'avait cloué sur place... Je ne pouvais rien faire », peur qui continue de l'animer depuis cet accident. « Quand je suis tombé, pendant un moment, je ne savais pas si j'étais mort ou vivant. Je voyais les gens, je les entendais, mais je ne pouvais rien dire. »

Ahmed n'a que quelques légères blessures, nécessitant des soins élémentaires. Pourtant, il n'a pu travailler depuis. Il a essayé maintes fois de reprendre le travail, mais n'a « même plus pu tailler les vignes ».

Sa peur est quotidiennement alimentée par des hallucinations aussi bien visuelles qu'auditives qu'il trouve absurdes : personnages publicitaires tendant leurs mains afin de l'étrangler, personnes nues en face de lui, qui lui font éprouver de la honte.

Un an après la mort de sa mère, Ahmed contracte un premier mariage : mais au bout de quelques mois, sa femme demande le divorce.

L'une de ses plus graves crises se manifeste par une accentuation de ses peurs et de ses angoisses. « On lui en veut et il ne sait pas pourquoi. » Inquiets, ses compatriotes le renvoient au Maroc. À son retour au pays natal, son état empire, il devient très agressif envers les gens qu'il insulte et menace, il casse des objets et je me rends compte qu'il s'agit surtout de choses achetées en France.

Une thérapie traditionnelle calme un peu son agressivité, mais demeurent une angoisse et une souffrance qui se traduisent par un dégoût pour la communication. Il est emmené à l'hôpital psychiatrique, dont il sort après quelques semaines, puis se remarie et retourne en France, mais n'a jamais pu retravailler.

Les hallucinations demeurent les mêmes, sans variations thématiques. La cascade de mariages et de divorces continue : il s'est marié au total 5 fois et, contrairement aux autres épouses, sa cinquième femme est enceinte.

Malgré la pauvreté des éléments de cette rencontre, les quelques effets du discours et les faits de « l'histoire » d'Ahmed méritent un arrêt, qui nous permettra, par la suite, de considérer le mystère de la sinistrose et des « sinistrosiques ».

Un premier constat concerne la pauvreté du discours d'Ahmed, ou plutôt l'étroitesse des représentations; stimulées par mes questions, quelques bribes de son passé ressurgissent par-ci, par-là, sans aucune continuité. La peur que vit Ahmed semble atteindre sa capacité à parler, à se représenter. Il vit dans un monde d'images et de voix qui le hantent. S'agit-il d'un rejet de l'espace d'accueil, de ses objets, de ses hommes, qui ont tous acquis un caractère dangereux? À son retour au Maroc n'a-t-il pas détruit tous les objets achetés en France? La réalité de son exil, peuplée d'éléments dangereux, est aussi envahissante : tel le regard des gens qui, comme il le dit, « le fige, le pénètre ». Ainsi le regard de l'autre semblait être porteur d'un certain nombre de pulsions sadiques, agressives, homosexuelles, bestiales, projetées sur ce que cet Autre croit, veut de la sexualité de l'étranger. D'où peut-être la négation de ce corps afin que l'Autre l'oublie.

Un autre aspect me semble important à souligner ici, c'est l'avortement de la thérapie traditionnelle que sa famille a tentée. Ne s'agissait-il pas d'une forme de rejet, comme si le patient menaçait l'équilibre familial, ou encore plus conséquent, ethnique, rejet venant se greffer sur le rejet de l'institution médicale en France. Ce patient semblait n'appartenir à aucun monde.

Évoquons un dernier élément relatif à la problématique d'Ahmed : c'est ce chiffre cinq, que je n'ai cessé de souligner. Tout d'abord il faut noter que ce chiffre représente une protection chez les Arabo-Musulmans contre le « mauvais œil » (« Khamssa » présentifié par une main à l'intérieur de laquelle figure un œil : main de Fatma).

Ce chiffre, c'est aussi le nombre de fois où, journallement, le musulman doit s'adresser à Allah dans ses prières. Il représente aussi le jour saint qui est le vendredi, cinquième jour de la semaine. Ahmed avait cinq frères et sœur, s'était marié cinq fois (la cinquième femme était enceinte), avait eu ses premiers symptômes cinq ans après son arrivée en France. Son accident avait eu lieu cinq ans après le début de ses symptômes.

S'agissait-il d'un chiffre sacré qui le hantait, qui se retournait contre lui, qui l'agissait, une manifestation compulsive de son inscription religieuse? C'est là un questionnement de ma part qui vient suppléer au vide de la parole d'Ahmed à ce sujet. L'insistance de ce chiffre m'est apparue bien après, pendant la rédaction, et non pendant la rencontre, et toutes les extrapolations théoriques de ma part ne peuvent suppléer aux associations d'Ahmed concernant son « cinq ».

Je suis devenu alors, pour un moment, dans cet entre-deux de l'exil, témoin d'une souffrance, support corporel et porte-parole de ce qu'il laissait voir et ne pouvait verbaliser, le discours de l'autre scène. Sentiment de malaise face à une parole qui n'arrive pas à se dire : « Dis-leur, toi, tu parles bien français, ce que je ne peux pas dire dans notre code commun et ma langue maternelle, car je n'ai pas accès à mon langage. » Telles sont les traces qu'a laissées en nous cette rencontre.

Du sujet brûlé au sujet exilé ou une écoute clinique aux prises avec le trauma

La logique du signe

Variations sur un même thème : tel pourrait être le discours de ces deux sujets confrontés à une calamité accidentelle, « ça » raconte le même et « ça » se confronte à l'identique dans le vécu. La parole s'est vidée de ses potentialités de ratages, d'approximations, de contradictions, bref de ses capacités à se rappeler dès lors qu'elle est emprisonnée dans le souvenir. L'impossibilité à accéder au nécessaire refoulement inscrit ainsi le sujet du côté du signe.

La fascination, par effet de monstration chez le brûlé, restreint alors son discours répétitivement plaintif au visible de la déchéance de sa chair. L'appartenance anthropologiquement délimitée, chez l'exilé, réduit son aventure humaine au seul déplacement, et la récurrence gémissante et souvent confuse de ses propos, à de purs signes de frayeur qui trouvent leur point d'origine dans une « supposée déculturation ».

Cette fascination installe une causalité linéaire du perceptible, du discernable, et de l'explicable. Clinique du signe et sujet du signe se relayent dans un cycle où l'identique fait retour sous l'égide du traumatisme.

Dans son acception lacanienne, le signe représente quelque chose pour quelqu'un, à la différence du signifiant qui représente le sujet pour un autre signifiant. Le signe, le symbole renvoient au code moïque du langage, dans le champ de l'imaginaire donc, instrument de communication entre les individus.

Le signifiant quant à lui, se rapporte au sujet de l'inconscient, ordre du symbolique, offrant à l'humain sa condition de « parlêtre ».

D'un côté, la clinique du regard se cantonne à l'action de « voir » le psychologue pour lui parler certes mais... « d'images ». Celles qui hantent le sujet, images impossibles de sa propre perte. De l'autre, une clinique de la parole, au sein de laquelle l'« on » (sujet et clinicien), parle d'amour, en l'occurrence de transfert. Le risque est grand pour le traumatisé de se perdre dans le défilé des « images » qui l'expose à la violence d'un dire immédiat incapable de le signifier. Images cauchemardesques qui saturent le moi d'angoisse; elles risquent de réduire justement le thérapeute à une image particulière, celle du Moi-idéal, présentifiant au sujet une forme d'aliénation illusoire car pseudo-salvatrice : celle de se « purger » par la parole, au sein d'une interview à visée cathartique, qui se doit d'éliminer les scories affectivo-émotionnelles et mentales qui tendent à « insister ». Parler pour évacuer donc.

Dans ce cas, le clinicien peut avoir l'impression de lire « à ciel ouvert » l'histoire traumatophilique du sujet, les éléments psychiques déroulés paraissant à première vue particulièrement riches, même si la question du temps d'appropriation interne de l'épreuve reste entière, tout comme l'effet de l'interprétation des signes cliniques. En effet, la parole diagnostique, qui parvient de l'extérieur, « objective » un sujet cerné par l'œil de « l'expert traumatologique ». Économie de facto, de la co-implication du clinicien dans la rencontre transférentielle. Le syndrome va faire recueil ou plutôt « tableau » symptomatologique. Le sujet devra rentrer dans le cadre.

D'autant plus que le sujet lui-même va s'offrir au regard de l'autre afin que ce dernier le « mate ». Freud nous instruit de la chose suivante : le sujet s'en sort mieux si au traumatisme est associé une blessure réelle, une atteinte corporelle (Freud, 1920). L'effraction du pare-excitation serait alors « localisée » et non plus étendue à son ensemble, permettant alors au moi de mieux se mobiliser, se défendre en centrant ses investissements sur la blessure et obtenant alors une meilleure répartition de la charge d'angoisse. Si avec Barrois, nous pouvons avoir quelques réticences à adhérer pleinement à l'hypothèse freudienne (Barrois, 1998,122), nous nous proposons ici de la corroborer en lui donnant un sens nouveau. La brûlure de Mr D. est visible, obscène. Il vient « voir » le psychologue afin que celui-ci constate et témoigne des dégâts : contusions, peau inflammatoire, crâne rasé, ports d'attelles, de compressifs sur la région atteinte... Le sujet s'en sort mieux, certes parfois d'un point de vue économique, le moi pansant la représentation de la blessure faute de pouvoir panser la blessure réelle (Nasio, 1996, 60); mais aussi et surtout car il peut montrer à voir la réalité « objectivable » du trauma sur le corps même : le traumatisme corporel s'affiche comme la métonymie monstrueuse du trauma psychique. L'impensable du Réel traumatique, pour lequel « [...] il n'y a aucun espoir de l'atteindre par la représentation » (Lacan, 1975), reste à ce titre indicible et donc impossible à — se — dire, à verbaliser. L'atteinte corporelle devient l'objet médiateur d'un discours possible sur la Chose innommable. Le risque est grand alors, de confondre les traumas : le « psychique » par analogie, s'identifie à un processus fondamentalement corporel, alors qu'il doit s'entendre dans son effet de réfraction dans un sujet (Assoun, 1999, 8). Le terme de « trauma » emprunté au

champ médico-chirurgical, dont l'étymologie nous renvoie à la « blessure » trouve là toute sa portée sémantique et clinique, l'entretien psychologique réalisé sur les lieux même de la catastrophe risquant de dévier sur l'examen psychomédical. Pourtant, Freud sous forme de boutade au sein d'une de ses correspondances adressées à Groddeck ne nous disait-il pas déjà en 1917 : « Et si l'inconscient était le chaînon manquant entre psychique et somatique? »

Car si l'on vient « voir » le psychologue afin qu'il nous regarde, c'est peut-être à cause d'une réminiscence particulière, non susceptible de refoulement, celle du « traumatisme structurant » liée à la différence des sexes; première importation donc, du sexuel dans le trauma de la mort, celui du mode d'entrée par le regard, la pulsion scopique : la ruée de voir de tout un chacun vient buter sur la perception du manque, de l'« en moins » pénien chez la petite fille, pour s'apercevoir qu'il n'y a « rien »?.

Parler pour ne rien dire, ou plus précisément tenter de dire le « rien », le vide de jouissance du rapport à la Chose, cet « excès » de plaisir (et/ou de déplaisir) dans lequel a plongé le traumatisé au moment de « l'événement ». Si le signifiant perfore la jouissance, la canalise, l'imprégnation du « jouir » propre à celui-ci, le cantonne initialement à l'*action* de réciter les signes douloureux qui l'affligent, à la place d'une récréation symboligène produite par l'*acte* du dire. Le sujet envahi par une souffrance symptomatologique exacerbée, ne peut produire un discours (encore moins un récit) qui, quant à lui, nécessite un étirement, du sujet qui parle à sa production langagière, du « dire » au « se le dire », puis « se l'entendre dire ». Bref, pour que l'image se taise au profit d'une parole pleine, pour que le signe traumatique puisse être élevé à la dignité du signifiant au sein de la rencontre du traumatisé, il faut un certain temps, celui de l'établissement du lien transférentiel.

Le temps du transfert

Le sujet, traumatisé ou pas, a la « passion d'oublier » (Gori, 1996). D'où son mouvement, son appel à l'Autre, soit celui qui peut en tenir lieu, afin de l'aider à oublier. Car le névrosé traumatique ne peut refouler le réel contenu dans l'image de (sa) mort : il lui est impossible d'oublier sa finitude qui insiste à s'afficher dans sa crudité jour et nuit, sur l'écran psychique. Comme l'hystérique il souffre de réminiscences.

C'est pourquoi Freud range la dite névrose dans la catégorie des « névrose actuelles », pour lesquelles il reste inutile de chercher l'origine dans l'histoire de la vie infantile du sujet. La cause est ailleurs, contemporaine à l'évènement.

La névrose traumatique échapperait ainsi au cadre du dispositif analytique et d'une certaine manière à « l'amour de transfert » qui consiste à importer des liens passés dans le présent de la rencontre.

C'est qu'en effet, la névrose traumatique semble souffrir d'un temps de latence, d'incubation avant de se développer. À l'image du meurtre du père primitif, où le trauma opère d'ailleurs comme un acte fondateur, la névrose

surgit, comme le repère Freud, dans un après-coup (Ham, 2003, 74). Nous rejoignons là les derniers écrits freudiens en la matière qui voient deux destins au traumatisme, positif et négatif (Freud, 1939) :

- Positif, organisateur, il permet par à-coups successifs « la répétition, la remémoration et l'élaboration ».
- Négatif, il crée une enclave dans le psychisme (« un état dans l'état ») qui empêche les activités de répétition, de remémoration, d'élaboration, et accomplit son œuvre destructrice.

Nous pouvons observer au sein du parcours clinique de Mr D., cet élan « organisateur » qui porte le sujet à la remémoration, qui n'est pas simple retour du traumatisme, du signe traumatique mais répétition par le biais du transfert de signifiants (*regard* du père *mort* que l'on *veille*) qui relie trauma du sexuel et trauma de la mort. Ce nécessaire « temps mort » rappelle, dans toute l'équivoque du terme, le temps du transfert. Celui-ci, orienté par la place d'un « Autre supposé savoir » implique la recherche d'« Un père ». Cette rencontre du père dans le transfert, ne peut s'établir initialement que sur un mode imaginaire : personne ne peut incarner le père symbolique, qui n'est autre que le père primitif déjà mort (excepté Dieu lui-même). En cas de traumatisme, qui fait voler en éclats la Loi de la castration et de l'ordre symbolique signifiant, ce père symbolique défaille : surgit alors le père imaginaire, dans sa dimension punitive, que nous observons dans la rationalisation, l'« imaginarisation » de l'événement traumatique par le sujet.?

L'agencement temporel du transfert chez le sujet du trauma, s'établit donc à l'image « (psychopathologique) de Mr D., et à partir d'elle, dans le champ de l'imaginaire -du regard de l'Autre-. Ce qui constitue un nouvel écueil dans la prise en charge immédiate des traumatisés : celle-ci met d'emblée le clinicien en place de regard surmoïque, de père imaginaire qui promeut un rapport transférentiel fondé sur l'agressivité spéculaire : l'œil est dans la tombe, ou derrière un bureau, et regarde Caïn.

Le tenant-lieu de ce père, mortifère pour Lacan, va mobiliser quelques attitudes défensives chez le clinicien qui devra subir les attaques provenant du sujet.

Un tel positionnement pourra être accentué par l'état de délabrement physique et psychologique du traumatisé. Cette dimension est évidente lors des situations de catastrophes naturelles, d'attentat, pour les accidentés professionnels ou ceux de la route, comme pour les brûlés. Le corps porte les stigmates du réel accidentel : vêtements ensanglantés, visage tuméfié, corps immobilisés, « cadavériques », marqués par la blessure,...

Autrement dit, pour tout professionnel intervenant en urgence ou pas, cette rencontre est aussi celle du réel, et à ce titre, elle risque de faire « image » traumatique. Comment dès lors se protéger de cette « mauvaise rencontre » et du *quantum* de jouissance produit par la confrontation à l'autre-traumatisé? L'illusion d'une symbolisation langagière, prise dans les rets d'un imaginaire transférentiel, pourrait laisser croire aux deux protagonistes que des mots sont

mis sur des images de maux. Le « dire » *in situ* et immédiat de la cruauté de l'épreuve, pourrait ainsi constituer un mode défensif du psychologue, dans le fantasme d'un pouvoir thérapeutique visant à reprendre la main sur le réel... Alors qu'il participe à l'emballage de l'imaginaire sur la scène psychique et au risque de « chronicisation » du trauma. La verbalisation ferait alors office de « leurre » et non de « trompe l'œil » de la mort, a contrario du montage propre à l'art baroque (Vivès, 1999). Pour que Mr D. sorte de la détresse traumatique, il faudra que le rapport transférentiel établi soit parachevé au niveau symbolique signifiant (signant du même coup sa liquidation comme l'aboutissement de la prise en charge).

De l'imaginaire au symbolique, cette dualité du temps du transfert, évoque par ailleurs la notion « d'après-coup », cette temporalité double, marquée en deux temps, qui désigne l'efficacité d'un moment second, fécond, qui fait ressortir et réactive ce qui a été mais ne pouvait se dire, refoulé de départ jusque là effacé et enfoui. L'expérience se dégage ainsi d'un impossible à dire, et se charge alors d'un sens sexuel, qui lui demeure étranger (Toboul, 2003, 9).

Ce pourquoi, la symbolisation « sous transfert » réalisée par Mr D. s'avère elle-même psychologiquement douloureuse. Faire l'économie de ce temps de remise en état de marche des « pensées de transfert » (Gori, 1996, 45), c'est d'un point de vue théorique en rester aux premières approches freudiennes, causalistes et imprégnées de la conception hystéro-émotionnelle du trauma; c'est également, cliniquement parlant, tenter de faire advenir l'affect au statut de signifiant (du fait de sa répétition) mais en butant stérilement sur l'angoisse automatique, qui exerce sa fonction défensive « après-coup »; celle-ci envahit la psyché au point de la monopoliser, de geler les différents affects, supprimant toute possibilité d'expression de ces derniers, en particulier pour ce qui concerne celui de la honte, de la culpabilité ou de la haine (Miollan, 1997, 163-167). Ce travail d'auto-révélation que Mr D. réalise autour de ces différents éprouvés — qui tournent autour de la mort du père et du regard porté à ce dernier — nécessitent cette temporalité transférentielle. La révélation reste traumatogène.

Le temps de l'oubli

La transformation de l'épreuve traumatique en expérience est traumatique, donc (Toboul, 2003) : le travail de reconstruction transforme le rappel de la mémoire en souvenir. Car le souvenir n'est pas la mémoire, tout comme l'immédiateté n'est pas l'après-coup. Il nécessite l'altérité de la rencontre transférentielle afin d'être élevé à la dignité d'une reconstruction, d'une reconnaissance. Le souvenir trahit la mémoire, dans les deux sens du terme, en la manifestant et en la déformant (Gori, 1996). Le miracle de l'amour de transfert est celui de l'accomplissement de la dimension sexuelle dans l'après-coup de la mort annoncée. Il autorise alors l'oubli dans une sorte d'effet rebond du « trauma du sexuel » sur le sujet : la rencontre transférentielle -du tenant-lieu - de l'Autre est une retrouvaille, et une chance pour le sujet du trauma : elle lui permet alors de se souvenir pour ne pas avoir à se rappeler (Gori, 1989, 9).

Si « À la base de toute névrose de transfert se découvre une névrose traumatique », nous pourrions ainsi inverser l'aphorisme freudien : transporté par

la névrose traumatique, sommeille une névrose de transfert, qui n'attend que la rencontre clinique de l'altérité pour se révéler et accomplir sa mutation symboligène. À condition « de différencier le transfert « médiateur », qui circonscrit le champ de l'analysable, du transfert « immédiat » et « narcissique » qui incite à une lecture directe de l'inconscient faute de pouvoir évoquer, dans et par la parole, les créations des formations de l'inconscient » (Gori, 1996, 50). Ainsi, lorsque le temps du transfert médiateur n'est pas respecté, que le sujet a bien « vu » le psychologue ou psychiatre urgentiste et que la détresse traumatique s'enkyste, à l'image d'Ahmed, alors le traumatisé change de statut « identitaire » et devient névrosé, susceptible de revendiquer un « préjudice originaire acquis ».

Comment alors, procéder à la réanimation transférentielle du sujet que le trauma de la mort a mortifié ?

En un mot comme en cent, la condition de l'oubli et de sa remémoration, c'est le transfert en tant que lien, qui, à la faveur du phantasme d'altérité, autoriserait l'Altérité à se dire : la névrose clinique dite « traumatique sous transfert » pourrait alors s'inscrire en tant que névrose de transfert. En relançant la dynamique de l'oubli, le sujet ramène le réel dans les limites qui lui sont propres ; lequel sujet peut alors se confronter à nouveau à cet impossible, en tant qu'il est re-noué symptomatiquement aux registres du symbolique et de l'imaginaire.

Le refoulement dans l'enseignement freudien n'est-il pas assimilé à une névrose traumatique élémentaire ?

Traumatisme, cellules médico-psychologiques : Quelles écoutes ?

Les deux situations cliniques précédemment évoquées nous renvoient à cet « instant de dire » (Del Volgo, 1995). Dire à proximité ou à distance de l'événement ne semble pas mettre en jeu le même lien au discours. Si chez Mr D la capacité à l'altérité via le « Je » social se trouve à se rejouer dans la rencontre, chez Ahmed elle s'est depuis confondue avec l'événement inscrivant un fonctionnement à moule causaliste qui amène l'extérieur, l'autre, à ne plus être qu'une catégorie persécutrice. Le « Je » persécutant le « Moi », en somme, Ahmed n'a rencontré durant des années qu'écoutes qui renforçaient la croyance d'un dire qui épuiserait les contours de la rencontre avec le réel. Mais l'insistance, voire la persistance du discours, comme de l'écoute -du côté d'une vigilance qui n'a fait que consacrer et consolider l'inouï et l'innommable-, technicise autant la parole que l'écoute. Discours traumatique et écoute post-traumatique disqualifient le lien transférentiel, annihilent le symbolique au profit d'une hypermnésie diabolique : « L'hypermnésie cache un oubli fondamental » (Gori, 1986, 10).

La technique, dans les procédés d'écoute clinique, n'est que le produit d'impasses contre-transférentielles. Elle se foment dans un « avant coup » savant, et par là même déploie ses stratégies à vérifier, trouvant de manière chimérique les miroitements de ses fictions hypothético-théoriques. Mirages

où le sujet du langage est maintenu au lointain du regard (sinon de la vision) et de l'écoute.

Une écoute qui se spécialise est une écoute qui exclut, évinçant le sujet de la parole au profit du phénomène à traiter tel que, dicté par les dispositifs spécialisés?

Notre propos ne vise pas pour autant les dispositifs de soins mais une certaine écoute clinique qui s'y déploie et qui oublie que dispositif ne rime aucunement avec l'être-là dans l'actualité de chaque rencontre, sauf à confondre trauma, traumatisme et sujet à discours traumatique.

Dans les lieux de soins, spécialisés ou pas, le psychologue clinicien doit reconstruire « singulièrement les lieux psychiques de la mémoire personnelle » (Fédida, 1995, 254). Mémoire, également, de la situation clinique permettant la restitution, *via* le langage, de ces lieux psychiques qui, répétons-le, ne peuvent se construire qu'indépendamment des dispositifs où ils se déploient.

Mais la construction suppose une déconstruction, en l'occurrence celle du réel, de ce discours compréhensible, intelligible, aménagé, encagé, mais séparé de ce qui l'incite à insister. Discours qui ne peut que rester hermétique à toute pénétration, interprétation, à toute possibilité d'accès à l'altérité.

Il s'agit d'une écoute inappliquée et pensive qui favoriserait l'oubli, le refoulement, en s'attachant non à suivre le contenu discursif mais à entendre le style, celui de la rencontre voire des rencontres, écoute qui cherche distraitemment à entendre autre chose du souvenir, car « le souvenir à une fonction d'oubli, de refoulement des pensées qui l'ont fait naître, et dont seules traces, qu'il porte en ses signifiants manifestent l'existence » (Gori, 1989,10). Écoute qui cherche la voie de l'apprentissage de la parole subjectivante.

Entendre la trace dans le souvenir c'est aussi ouïr les stigmates du malaise contre-transférentiel, c'est se distraire de ces pensées conscientes qui inscrivent cette compulsion à se souvenir de et à l'identique, c'est se rappeler cet enseignement freudien qui dans une thèse aussi courte que rigoureuse, nous dit : « La conscience naît là où s'arrête la trace mnésique » (Freud, 1920, 31).

Le malaise contre-transférentiel se présente, pour tout clinicien, dans cette résonance paradoxale, familière et ignorée à la fois. Les facultés créatrices et inventives sont défiées et ne sont remises en mouvement qu'une fois que la conscience de ce malaise contre-transférentiel inscrit ses effets dans le champ de l'oubli et de la remémoration, là où ils pourront être mis en relation avec la dynamique psychique et l'économie pulsionnelle dans le champ de l'amnésie infantile.

Il s'agit, nous semble-t-il, de déployer une heuristique dans la démarche qui tient compte des malaises inter-subjectifs qui sont en affrontement dans ces lieux. Cette démarche ne suppose pas seulement une écoute dite bienveillante, mais doit générer une implication : démarche processuelle qui s'attache à montrer

plutôt que toujours dire. Elle est alors animée par un élan éthique vers l'autre, confrontation où la relation en gestation — ou à nouer — ne cesse de nous instruire, *via* l'analyse des enjeux transféro-transférentiels; hostilité, « inquiétante étrangeté », savoir dont il faut constamment se dépendre, afin que l'autre puisse apprendre de sa propre parole. Soutien de l'imaginaire, cette fois dans ces capacités créatrices, afin que le besoin soit accompagné pour éventuellement ouvrir vers le désir, afin que la pratique dans les cellules de prise en charge du traumatisme ne se transforme pas en exercice traumatique.

Ainsi, dans l'actualité des rencontres cliniques, les mots interpellent dans leurs effets, celui qui écoute; c'est de cette co-occurrence trans-subjective que l'interprétation peut naître.

Ce rappel vise essentiellement à montrer qu'à l'instar du traumatisme, toute désignation psychopathologique qui œuvre dans les rencontres cliniques à partir de dogmes théoriques et techniques verse dans le déficitaire et « applique ainsi au sujet les limites de sa méthode » (Gori, 1996). Le risque est d'autant plus grand pour les cliniciens de verser dans ce paradigme causaliste, au vu du nombre de dispositifs hyper spécialisés en tout genre dans lesquels ils vaquent. Notre praxis clinique, auprès de ceux qu'on appelle « traumatisés », ne cesse de nous confronter à cette mosaïque de théories qui orne les modalités dites « de prise en charge » et où la tentation, voire le souci du diagnostic sont constamment présents. Alliance du savoir et de la technique qui livre parfois des systèmes interprétatifs « clés en mains ».

Ainsi, nous ne pensons pas qu'il soit possible de parler d'éthique de la psychanalyse ou d'éthique de la psychologie clinique, mais d'une éthique du psychanalyste ou du psychologue clinicien.

Ce dernier a, certes, à pratiquer son métier dans ces dispositifs de plus en plus nombreux, spécialisés et technicisés, mais sa tâche consiste à désapprendre, à repenser constamment son savoir, à introduire une souplesse conceptuelle en lien et place des rigidités théoriques et techniques, à rapatrier les préoccupations causales dans le site du transfert et du contre-transfert, à faire de la parole cette preuve? qui se veut révélation autant d'une heuristique que d'une éthique.

L'heuristique s'agence dans un cheminement qui privilégie la mise en pratique d'une méthode au lieu d'une référence à un système et où les conceptualisations ne sont que des effets d'« après-coup » dont la prétention universalisable doit laisser ses paradoxes hypothétiques ouvert à d'autres « après-coup ». L'éthique doit se concevoir, au sens freudien, comme « limitation aux pulsions » (Freud, 1939), dégageant son assise à partir de l'analyse du contre-transfert. Éthique et contre-transfert nous semblent indissociables dans la pratique clinique.

À partir d'eux pourront jaillir ces paroles — concepts qui sollicitent toutes cultures de savoir, qu'elles soient théoriques ou empiriques, pour les soumettre à l'épreuve de la parole.

Une clinique qui se spécialise ne peut qu'exclure, si elle ne s'exclue elle-même de la rencontre au profit d'une clinique de la parole et du langage.

jacques cabassut
34, rue roger salengro
30220 aigues-mortes
france
jacques.cabassut@wanadoo.fr
mohammed ham
47, avenue de l'arrousaire
84000 avignon
france
ham@unice.fr

Note

1. « Nommons traumatique une telle situation de détresse... » Freud, 1926. Cité par Toboul, 2003.

Bibliographie

- Assoun P.-L., 1999, Le trauma à l'épreuve de la métapsychologie. *Psychiatrie française, Traumatismes et Sociétés*, Vol XXX, n Sp., 7-23.
- Barrois, C., 1998, *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, Coll. Psychismes dirigée par D. Anzieu, 2^e Éd.
- Bourgeois, D., Gaglione, J.M., 1999, Les cellules d'urgence médico-psychologique : une évolution récente de la psychiatrie en France, *Communication au congrès commémorant les 110 ans de l'hôpital d'Opava* (République tchèque), Mai 1999, inédit.
- Cabassut, J., 2002, La névrose traumatique ou le nécessaire re-voilement du réel, *Psychologie clinique. Recherches cliniques en psychanalyse*, Nouvelle série n° 13/Printemps 2002, Paris, l'Harmattan, 191-208.
- Cabassut, J., 2002. Névrose traumatique et instance(s) surmoïques : du « fascinus » à la dé-sidération. *Filigrane*, vol. 11, no 2. Thème « Tout sur mon Père » II, Québec, novembre 2002.
- Cabassut, J., 2004, La théorie du réel, clinique(s) de la contention, *Cliniques méditerranéennes*.
- Del Volgo, M-E, 1995, *L'instant de dire, historisation et roman de la maladie en milieu médical*, thèse de doctorat en psychologie de l'Université d'Aix-Marseille I, 352 pages dactylographiés.
- Didier-Weill, A., 1995, *Les trois temps de la Loi*, Paris, Seuil, La couleur des idées.
- Ducrocq, F., Vaiva, G., Molenda, S., 2002, Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique en France/À propos d'un dispositif de secours pour les attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs, *Le Journal international de victimologie*, année 1, n° 1, octobre 2002, JIDV. Com.

- Fédida, P., 1995, *Le site de l'étranger*, Paris, P.U.F.
- Freud, S., 1919, Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre, *Résultats, Idées, problèmes, I*, (1890-1920), Paris, P.U.F., Tr. Fr., 1984.
- Freud, S., 1920, Au-delà du principe de plaisir. *Essais de psychanalyse*, P.B.P, 1980, 7-81.
- Freud, S., 1926, *Inhibition, symptômes et angoisse*, Paris, P.U.F., 1981.
- Freud, S., 1939, *L'homme-Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Gallimard, 1986.
- Gori, R., 1989, Pour introduire la question sur « Mémoire et traumatisme », *Cliniques méditerranéennes*. Mémoire et Traumatisme, no 21-22, Premier Semestre 1989, 7-30
- Gori, R., 1996, *La preuve par la parole*, Paris, P.U.F., Coll. Psychopathologies.
- Groddeck, G., 1917, Lettre de Freud à Groddeck du 5 juin 1917, *Le ça et le moi*, Gallimard, 1977.
- Ham, M., 2003. *L'immigré et l'autochtone face à leur exil, Cultures d'exclusion et savoirs hors sujet, Essai clinique*, Grenoble, P.U.G.
- Lacan J., 1963-64, Séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973.
- Lacan, J., 1975, La troisième. Lettres de l'Ecole Freudienne, *Bulletin intérieur de l'École freudienne de Paris*, VII^e Congrès de l'École freudienne, Rome, novembre 1975, n° 16, 177-203.
- Miollan, C., 1997, Inceste, une écoute post-traumatique. *Cliniques méditerranéennes*, Exil et migrations dans la langue, n° 55-56, Eres, Ramonville Saint-Agne, 163-172.
- Nasio, J.-D., 1996, *Le livre de la douleur et de l'amour*, Paris, Payot-Désir.
- Porge, E., 2000, *Jacques Lacan, un psychanalyste. Parcours d'un enseignement*, Ramonville Saint-Agne, Érès, Point hors ligne.
- Toboul, B., 2003, Remarques introductives à la question du trauma, *Figures de la psychanalyse, Logos-Anaké, Trauma*, no 8. Eres, Ramonville Saint-Agne, 9-13.
- Vernant, J-P, 1985, *La mort dans les yeux, Figures de l'autre dans la Grèce antique*, Paris, Hachette, Coll. « Textes du XX^e siècle ».
- Vives, J.-M., 1999, Leurre et trompe l'œil dans l'art et la psychanalyse, Toulouse, érès, *Essaim*, 27-44.