

## Chemin faisant. Quel cadre en situation d'urgence ?

Riadh Ben Rejeb

Volume 30, numéro 1, 2021

Psychanalyse hors cadre ? Première partie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1083923ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1083923ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (imprimé)

1911-4656 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ben Rejeb, R. (2021). Chemin faisant. Quel cadre en situation d'urgence ? *Filigrane*, 30(1), 55–69. <https://doi.org/10.7202/1083923ar>

Résumé de l'article

Après avoir rappelé brièvement les principes théorico-cliniques de base associés à la notion de « cadre », l'auteur présente une illustration clinique originale qui montre, bouscule et rediscute avec acuité cette notion. Le clinicien est parfois confronté à des situations qui l'amènent à moduler les consignes et l'obligent à travailler dans un contexte « hors-cadre ». De nombreuses rencontres cliniques imposent la réalisation d'un bricolage continu au niveau du cadre. Nous sommes ainsi appelés à repenser constamment les conditions de ces rencontres cliniques uniques. Le cadre est appelé, de fait, à être réinventé dans un mouvement empreint de souplesse et de prudence. Il s'agit dès lors d'un véritable travail d'artisan, notamment en situation d'urgence ou de crise. La présente vignette clinique est un exemple de ces rencontres humaines qui nous poussent à dépasser la rigueur du dispositif clinique classique et à instaurer des dispositifs méta-contenants. Le *méta-cadre* doit alors assurer et garantir la présence d'une triple contenance : psychique, visuelle et sonore.



# Chemin faisant. Quel cadre en situation d'urgence ?

Riadh Ben Rejeb

**Résumé :** Après avoir rappelé brièvement les principes théorico-cliniques de base associés à la notion de «cadre», l'auteur présente une illustration clinique originale qui montre, bouscule et rediscute avec acuité cette notion. Le clinicien est parfois confronté à des situations qui l'amènent à moduler les consignes et l'obligent à travailler dans un contexte «hors-cadre». De nombreuses rencontres cliniques imposent la réalisation d'un bricolage continu au niveau du cadre. Nous sommes ainsi appelés à repenser constamment les conditions de ces rencontres cliniques uniques. Le cadre est appelé, de fait, à être réinventé dans un mouvement empreint de souplesse et de prudence. Il s'agit dès lors d'un véritable travail d'artisan, notamment en situation d'urgence ou de crise. La présente vignette clinique est un exemple de ces rencontres humaines qui nous poussent à dépasser la rigueur du dispositif clinique classique et à instaurer des dispositifs méta-contenants. Le *méta-cadre* doit alors assurer et garantir la présence d'une triple contenance : psychique, visuelle et sonore.

**Mots clés :** urgence ; cadre ; hors-cadre ; méta-cadre ; patient de passage.

**Abstract:** Following a brief review of theoretical and clinical principles underlying the notion of “frame,” the author presents original clinical material which jostles these principles and demonstrates the need for a lucid questioning and reexamination of this notion. The clinician is at times confronted with situations which require a modification of directives and working “outside the frame.” Particular clinical encounters force the therapist to rethink the frame in line with their unique characteristics and conditions. An ongoing “reinvention” of the frame then appears necessary. Requiring great care and flexibility, this process is a craftsman’s work, particularly in times of emergency or crisis. This clinical vignette illustrates the type of encounter which calls for a setting aside of classical postulates regarding the frame and the need for a type of “meta-container.” This “meta-frame” must ensure containment on three levels: psychic, visual and auditory.

**Key words:** crisis ; frame ; out-of-frame ; meta-frame ; short-term patient.

Le concept de «bricolage» que nous devons à C. Lévi-Strauss, est indispensable. Le clinicien doit «bricoler» un

dispositif de rencontre clinique. Il doit inventer et réinventer les conditions d'une rencontre clinique et pour cela quitter son lieu habituel d'exercice pour aller au-devant du sujet [...] Dans mon expérience, c'est dans la position en « côte à côte » que le clinicien devra d'abord commencer à se situer, en adossement psychique, ou encore « épaulement », à partager ensemble la même difficulté, voire la même détresse ou le même désespoir. (Roussillon, 2021, p. 154-155)

Ce texte cité en exergue soulève de nombreuses questions qui peuvent s'inscrire dans le vaste champ des explorations en psychologie clinique et en interventions thérapeutiques psychanalytiques en situation d'urgence, de crises ou de catastrophes diverses. Autant de contextes particuliers qui peuvent générer et provoquer différentes réactions psychiques : des angoisses particulières, des états de frayeur, des attaques de panique et de stupeur, une sidération de la pensée, une déréalisation, etc.

Ces situations imposent des « rencontres de passage » qui nous obligent parfois à « tordre le cou » au cadre et à proposer de parler de « méta-cadre ».

### Réflexions autour de la notion de « cadre »

La question du cadre est revenue sur la scène de la pratique clinique de façon cruciale en raison de la période de confinement généralisé imposée par les autorités sanitaires de la plupart des pays au vu de la propagation très rapide de la COVID-19 à partir de mars 2020. Cette période exceptionnelle a bousculé tous les paramètres sociaux habituels et a permis de relancer le débat théorico-clinique autour de questions « techniques » jusque-là bien définies depuis Winnicott (1956), Bouvet (1957), Bleger (1967), et rappelées par Perron (2010) et Chervet et Donnet (2014) entre autres.

Le cadre renvoie classiquement à la méthodologie particulière qui caractérise la situation analytique (les détails formels de l'aménagement contextuel), une sorte de contrat moral permettant l'existence d'une constance et d'une permanence au niveau du dispositif et constituant un contenant formel au processus thérapeutique. Le cadre comprend l'ensemble des *règles techniques* qui précisent l'espace des rencontres, la durée, les honoraires,

etc. Pour José Bleger (1967), le *cadre* analytique est ce qui permet la réalisation du *processus* analytique. Selon Theodor Reik (1948), le cadre constitue l'« atelier » de travail, et on réalise que dans cet atelier l'instrument de travail de l'analyste est incontestablement la « troisième oreille » (Reik, 2002).

L'évolution de la technique psychanalytique et des thérapies d'inspiration ou d'orientation psychanalytique s'est faite avec des points organisateurs et des repères bien précis. Historiquement, la première analyse, celle de Freud, a été réalisée par *correspondance* avec Wilhelm Fliess entre 1887 et 1904 : elle a permis la « naissance de la psychanalyse » (Freud, 2002, 2006).

Parallèlement au divan, on sait par ailleurs que Freud a pratiqué la psychanalyse tout en *marchant*. Rappelons-nous ses fameuses *balades* réalisées avec certains de ses patients, dont la rencontre unique avec le célèbre musicien Gustav Mahler, *promenade psychanalytique* qui a duré quatre heures. C'était en août 1910 : comment peut-on qualifier ce « cadre » et ce dispositif spatial, s'il en est, avec du recul et plus d'un siècle plus tard ? S'agissait-il alors d'un cadre « mouvant », ou « mobile » ? D'une « psychanalyse en mouvement » ? Les deux protagonistes étaient-ils dans leur « bulle », totalement détachés du monde extérieur ? N'oublions pas par ailleurs que Freud avait l'habitude de voir des patients pendant ses moments de vacances.

En 1919, Freud développait « les voies nouvelles de la thérapie analytique » (Freud, 1919). Depuis, les techniques d'intervention psychanalytiques ont beaucoup évolué : le face-à-face, le divan, les psychodrames, les thérapies familiales, les thérapies corporelles, les « conversations psychanalytiques » (Roussillon, 2005), les thérapies transculturelles (Sturm *et al.*, 2011), etc. De telles transformations de la méthode et du cadre analytiques étaient inévitables (Smadja, 2005).

La situation exceptionnelle du confinement lié à la COVID-19 durant les années 2020 et 2021 a obligé les patients ainsi que leurs analystes à *bricoler* et à s'adapter à la nouvelle réalité, en modifiant le cadre, notamment par l'usage du téléphone (avec ou sans la vidéo) et de différentes plateformes numériques. La nécessaire, voire obligatoire, rencontre présenteielle cède alors la place à l'obligation d'une distanciation sociale et physique au moyen de différents objets médiateurs. Le débat quant aux consultations à distance, lancé judicieusement depuis longtemps (Convert et Demailly, 2003 ; Leroux, 2008), est revenu avec acuité, en particulier en ce qui concerne la pratique psychothérapique et psychanalytique (Eiguer, 2020). Ce débat soulève de nombreuses questions, notamment autour de la fiabilité de ces plateformes et de leur confidentialité.

Cette situation inédite introduit une sorte de symétrie-dissymétrie dans le cadre : l'analyste et son patient partagent une même réalité externe (la pandémie), réalité qui toutefois les sépare désormais dans l'espace clinique (par la télépratique). Il s'opère surtout une sorte de symétrisation de la relation : c'est comme s'il y avait soudainement transgression du lieu et de l'espace du travail. Le cadre jusque-là sacralisé, fétichisé, ne l'est plus. Le cadre externe est appelé de fait à être réinventé dans un mouvement de souplesse et de prudence. C'est un véritable travail d'artisanat.

Ainsi, la « rigueur » du dispositif si préconisée par Maurice Bouvet (1957) dans sa dimension rigide et canonique, semble ne plus avoir de place dans le monde social moderne marqué par la rapidité des interactions *et* l'omniprésence du numérique, sans compter l'ouverture de la clinique analytique aux bébés et aux autistes (Racamier, 1983; Jeammet, 1992; Mellier et Dugnat, 2019), ou encore aux actions humanitaires (Moro et Lebovici, 1995; Smolak et Brunet, 2019). Peut-être faut-il alors garantir dans tous les cas l'existence d'une forme de dispositif, quelquefois nouveau, marqué par une dimension rassurante et une importance donnée à l'investissement de ce cadre par les deux protagonistes.

### **Quel cadre en situation d'urgence ou de crise ?**

Comment peut se dérouler une *rencontre clinique* qui s'inscrit dans un hors-contexte, c'est-à-dire hors du cadre professionnel habituel ? Que devons-nous faire quand le dispositif est menacé par la réalité extérieure ? Quelles résolutions peut-on adopter dans pareils cas ?

Plus concrètement encore, *comment faire* en cas d'appel au secours ou de situation d'urgence, notamment lorsqu'on fait appel à nos services alors que nous sommes en vacances : quel devrait alors être notre statut ou notre identité dans de tels contextes (Lebovici, 1990) ? Peut-on réaliser une rencontre clinique ou thérapeutique *hors-murs* ! ?

Et puis, que faire dans les situations ou conditions traumatiques dans lesquelles les analystes sont eux-mêmes sous le même trauma ? Quelles interprétations proposer dans ces cas ? Comment, dans ce genre de situation, assurer nos arrières et garantir l'existence d'une sorte de bouclier défensif personnel ?

Certaines rencontres nous imposent de modifier le cadre. Nous sommes ainsi appelés à créer, inventer, réinventer et expérimenter en permanence ce cadre. Il faut être en mesure d'opérer une transformation du cadre et de la structure cadrante. En même temps, il faut être capable de maintenir un

certain « vertex ». Le compromis est de reconstruire toujours un méta-cadre contenant, visant à établir un climat de co-présence, de co-pensée, une co-mentalisation et ainsi lancer l'activité d'association.

On peut contenir autant avec notre voix, notre présence, notre regard, notre attention, notre disponibilité physique et psychique qu'avec une certaine profondeur dans la relation. Cette contenance est en soi une grande dimension du méta-cadre. N'est-ce pas avec la seule voix qu'on arrive à cadrer et calibrer la situation, à contenir nos patients quand on travaille avec eux par téléphone ? L'essentiel est d'être capable de garantir une écoute avec sa « troisième oreille » (Reik, 1948), avec sa « chair » (Kristeva, 2012).

Le cadre dépend donc d'une *conjoncture*: toute rencontre pouvant se situer dans l'« actuel » impose au clinicien de savoir s'adapter. La notion de *méta-cadre* peut être ici d'un grand secours, puisqu'elle renvoie à la capacité d'intérioriser le cadre psychiquement. Car, s'il faut le rappeler, à côté du cadre dit « externe » du processus, il y a le cadre « interne » du praticien. Cela appelle à négocier de façon continue entre rigueur et souplesse. Si le cadre institutionnel et le cadre thérapeutique rappellent certes les lois de la société, les limites et les règles, il n'en demeure pas moins que le dispositif technique doit comprendre une dimension malléable et adaptable.

### **Vignette clinique**

Les rencontres cliniques présentées ci-dessous, qui ont eu lieu bien avant la pandémie de la COVID-19, montre comment ce genre de situation met à rude épreuve le clinicien, sa subjectivité, son savoir et son rapport à l'intersubjectif de façon générale.

Il s'agit dans ce qui va suivre du compte rendu de trois rencontres avec un patient étranger, en un moment de rupture avec les consultations conventionnelles. Il s'agissait véritablement d'un « patient de passage », expression prononcée d'ailleurs spontanément par une cousine de ce patient. Seule la seconde rencontre peut constituer une entrevue clinique au sens propre et avoir la valeur d'une intervention thérapeutique ; les deux autres rencontres étaient trop brèves, mais non moins importantes. Pour des raisons d'éthique et dans le but de garantir l'anonymat du patient et de sa famille, nous avons évité diverses précisions.

### **Première rencontre**

Des membres d'une famille palestinienne se sont réunis dans une ville en Tunisie pendant les vacances d'été. Ces Palestiniens sont venus des

quatre coins du monde: d'Europe, de Cisjordanie, du continent américain et d'Asie. Ils se sont déplacés spécialement à l'occasion du mariage d'une cousine, installée à Tunis.

On m'invite à faire la connaissance des différents membres de cette famille élargie. J'avais constaté qu'ils discutaient en anglais, en français et en dialecte palestinien. C'était une véritable rencontre multiculturelle et plurilingue. Le hasard a fait que je me suis trouvé en train de discuter avec un jeune Palestinien de Cisjordanie, et la discussion se passait en un arabe plutôt littéraire (classique), car il n'arrivait pas à comprendre le parler tunisien. Ce jeune homme était très ouvert et parlait spontanément de la situation politico-sociale, avec une description fine de la vie au quotidien. La discussion était passionnante et le cousin venant du continent américain était là présent, semblant chercher des mots pour participer à cet échange, mais se contentant de nous suivre du regard et de hocher la tête. Ce jeune homme ne parlait qu'anglais et disait, ou prétendait, ne pas connaître l'arabe.

Cette première rencontre m'a permis de remarquer que ce jeune venant d'Amérique était assez particulier, de par son visage pâle, ses mouvements et sa démarche. Il semblait épuisé, voire abattu. Il était également réservé. J'ai pensé que cela pouvait être dû au fait d'un long voyage et d'escales, du décalage horaire et d'un manque de sommeil. Il avait une certaine façon de tenir la tête, par moments très inclinée à droite. Était-il sous l'effet d'une substance quelconque? J'ai constaté également la présence d'un tatouage sur l'un de ses mollets: une énorme clé de porte traditionnelle.

### ***Deuxième rencontre***

Quelques jours après, les voisins demandent à me voir de façon «urgente» pour me parler du symptôme majeur du jeune américain: il n'arrivait pas à dormir depuis son arrivée en Tunisie. On me dit qu'il passe ses nuits au téléphone avec sa mère et on me demande si je peux intervenir, tout en attirant mon attention sur le fait que ce jeune homme refuse de prendre toute médication et de consulter qui que ce soit sans la permission de sa mère. Situation bien paradoxale et embarrassante. Ce qui donnait à cette demande un caractère «urgent» était le fait que ce jeune garçon était en plus angoissé par l'idée qu'il allait prendre l'avion deux jours plus tard pour l'Europe.

Que proposer à ce jeune qui, malgré son angoisse intense, évite toute rencontre officielle? Il était évident que, dans ces conditions, je ne pouvais lui proposer de cadre «standard». Il fallait penser rapidement à un dispositif

pour le contenir autrement. Il fallait improviser une « technique » qui lui permette de garder un minimum de structuration et de sécurité. Et je pensais : que faire pour ne pas déranger ce pacte existant entre lui et sa mère ?

Une rencontre a été arrangée pour me permettre de discuter avec ce jeune homme, que j'appellerai « Z. ». Toute la famille avait proposé de se rendre le soir à un café et m'avait suggéré de me joindre à eux en voiture. J'avais répondu que je préférais pour ma part y aller à pied, avec ceux qui voulaient faire de la marche. Z. a exprimé alors ouvertement son souhait de partager avec moi ce bout de chemin.

Et c'est au cours de cette « marche » que j'essayai d'entamer un dialogue en arabe avec ce jeune garçon. Il avait retrouvé en fait rapidement sa langue maternelle depuis son séjour en Tunisie et les retrouvailles avec les membres de sa famille. Nos échanges se rapprochaient beaucoup plus de l'arabe littéraire.

Z. marchait en silence, « un silence de mort » (Lechevalier, 1988) – c'est ainsi que j'ai vécu ce moment du cheminement dans le contre-transfert. J'avais compris qu'il n'allait rien demander spontanément. Et j'avais vu sur son visage un effondrement imminent (Winnicott, 1975). C'était très sérieux. Beaucoup d'éléments cliniques étaient présents : un visage très pâle et une symptomatologie dépressive dominante certes, mais ce n'était pas tout. Même si le contact était relativement bon, une grande vulnérabilité se laissait sentir, sous-jacente : il avait les yeux tout rouges et le regard plutôt hagard et hébété, et présentait une certaine froideur relationnelle. Il semblait en outre très angoissé et stressé.

J'ai alors décidé d'engager une discussion, avec tous les risques que cela supposait. Je lui fis remarquer qu'il dispose de nombreuses qualités et qu'il semble être d'un tempérament plutôt porté à subir et à encaisser. Je lui dis aussi qu'il paraît être très sensible et en ce moment angoissé. Il m'écoutait attentivement et paraissait adhérer à ma description. Il a ajouté qu'il est d'un naturel anxieux.

Je lui pose ensuite des questions sur son sommeil, notamment quant à savoir s'il arrive à dormir et s'il fait des rêves ou des bribes de rêves. Il répond qu'il n'arrive pas à dormir et qu'il ne rêve pas non plus.

Je lui demande alors les raisons possibles de son insomnie. Face à sa réticence à s'avancer, je lui explique que cela pourrait être en lien à la fatigue du voyage, au décalage horaire, etc. Il intervient alors pour dire qu'il ne peut pas dormir parce qu'il « pense trop », qu'il a « des pensées noires »... et qu'il a « très peur ». Je lui réponds que le sommeil est un remède équilibrant



préconisé par la nature et qu'il faut trouver ensemble une solution à cette insomnie.

Arrivés au magnifique café, une fois assis, et après avoir commandé nos boissons, nous avons continué la conversation entamée en route.

Il me dit avoir l'impression que son « corps est fini », que son « corps est malade », qu'il a la « tête bloquée » ; que « tout est bloqué » dans sa tête et que cela lui fait très peur. Il ajoute qu'il n'arrive plus à penser tellement sa tête est remplie d'idées qu'il a du mal à contrôler. Il dit également que son « cerveau est grillé » et que, sur le plan mental, cela est irréversible...

J'avais l'impression qu'il avait déjà fait son propre diagnostic définitif et fatal et qu'il était quelque part dans sa bulle. Il fallait trouver un moyen de percer finement cette carapace car je voyais trop de défenses, à la fois somatiques et psychiques. Mais il fallait avancer avec « la prudence du démineur » (Asséo, 2009).

Tout en l'écoutant, plusieurs questions me traversaient l'esprit : y a-t-il chez ce jeune homme une sorte de saturation et/ou de sidération de la pensée, au point que cela ne peut plus fonctionner, avec pour conséquence qu'il n'y a plus de symbolisation, de mentalisation et de possibilité d'évacuation avec des mots, d'où le risque d'une possible et probable évacuation par l'agir physique (Ciccone, 2018) ? Cette sidération pourrait-elle renvoyer également à des défaillances au niveau des expériences précoces dans la relation mère-enfant (Bion, 1962) ? Qu'était-il en train de rejouer malgré lui ?

À ma question, « Depuis quand tout cela ? », il répond : « Depuis trois ou quatre mois... » Pour lui, la raison de son état est évidente : tous ses symptômes ont commencé depuis qu'il a décidé d'arrêter de prendre un traitement hormonal destiné à préserver ses cheveux. Depuis, il ne serait plus bien, il oublierait tout, y compris les langues qu'il a acquises. Il se demandait d'ailleurs comment il allait pouvoir s'installer dans un pays européen pour poursuivre ses études. Il était très inquiet et répétait qu'il avait l'impression d'avoir la « tête grillée ».

Je pensais : tête bloquée, grillée, pensées bloquées, avenir bloqué, etc. Mais je voyais également une thématique de la castration derrière cette symptomatologie : peur de la perte des cheveux, perte des acquis linguistiques, etc.

Comment répondre à un tel discours chargé en négatif, discours de quelqu'un qui souffre et qui se cramponne en même temps à ses défenses ? Je sentais beaucoup de résistances de la part de ce jeune homme, et en même temps je ne voulais pas prendre trop de risques : j'avais peur de le précipiter

dans une décompensation quelconque des suites d'une intervention maladroite de ma part.

Il continue en précisant que c'est plutôt son corps qui est fatigué, qu'il a souvent l'impression que son « corps est une loque » et qu'il « ne le ressent pas », qu'il « ne l'habite pas ». Je lui demande s'il a d'autres symptômes ou d'autres plaintes. Il dit qu'il a eu une fois un énorme gonflement au niveau du cou. Il avait alors « paniqué », pensant que c'était un cancer, mais les analyses s'étaient révélées négatives et cette boule avait disparu d'elle-même.

Il enchaîne en disant que son père est décédé d'un cancer de la gorge, à l'emplacement même où il a eu son gonflement. Il ajoute que son père est décédé quand il avait 7 ans. Je découvre alors que Z. est le second d'une fratrie de deux. Il a 25 ans et il a un frère aîné bien indépendant et autonome.

À partir de l'ensemble de ces éléments cliniques, j'ose avancer une « construction » au sens de Freud (1937) et je lui dis : « Ne pensez-vous pas que si votre corps est malade, c'est parce qu'il y a aussi certains soucis, certaines inquiétudes dans votre tête, dans vos pensées ? » Il revient alors à son corps qu'il qualifie d'« automate », de « machine » : « personne ne peut se rendre compte de ma fatigue physique et de ma souffrance, et je ne peux plus penser... et j'ai un énorme poids sur le dos. »

L'idée d'avoir un poids sur le dos me conforte dans mes hypothèses (Ben Rejeb, 2007). Je décide alors d'avancer dans ma construction. Je me mettais en fait à dire les choses à sa place. Je lui parle de l'importance de cette rencontre familiale, du fait qu'il s'est déplacé spécialement pour assister au mariage de sa cousine, et que c'était une occasion pour retrouver des membres de sa famille, une famille dispersée. Je lui dis que ces retrouvailles peuvent raviver l'histoire de sa famille, mais aussi peut-être celle des siens en Palestine occupée et plus globalement la situation des Palestiniens qui forment une diaspora dans le monde, tout cela pouvant être accompagné par une montée d'émotions, de souvenirs, etc.

Il me fixe du regard et me dit : « Vous pensez vraiment qu'il y a d'autres raisons que le traitement que j'ai arrêté ? » Je lui réponds par l'affirmative et lui demande s'il a peur de la mort. Il répond par l'affirmative. Je décide alors d'aller jusqu'au bout de ma pensée, de façon intense et chargée : « Je crois que votre insomnie a un sens. Il nous arrive de voir des personnes qui souffrent de manque de sommeil ou d'insomnie. En fait, en refusant de dormir, ces personnes ont peur de mourir, car le sommeil est considéré comme étant une petite mort. Mais il s'agit d'une petite mort équilibrante, momentanée,

car elle redonne suite à la vie. Or, les personnes qui sont très angoissées par la mort ne peuvent pas dormir de peur de dormir pour toujours.»

Il m'écoutait sans réagir. Je continue, tout en le fixant du regard: « Normalement, vous dormirez bien ce soir; sinon, on ira ensemble voir un médecin demain parce que vous ne pouvez pas rester ainsi.»

En lui disant tout cela, j'avoue avoir pris beaucoup de risques, mais il fallait intervenir pour maintenir sa pensée et son travail de symbolisation et éviter un agir quelconque qui puisse être fatal.

### **Troisième rencontre**

Le lendemain, Z. cherchait à me voir pour m'annoncer qu'il avait bien dormi la veille et qu'il se sentait beaucoup mieux. Il était en effet de meilleure mine. Il tenait à me remercier, d'autant plus qu'il ne s'attendait pas du tout à ce que cela soit si rapide et efficace. Cela l'a beaucoup reposé.

J'étais moi-même soulagé par cet effet, car j'étais bien inquiet de mon côté. Et sous l'effet de l'euphorie, je lui dis qu'il était en fait inquiet pour son futur, son avenir, ses études en Europe... Et là, il rétorque: « Mais ce n'est pas l'avenir qui me dérange, c'est le passé! »

Je remarquais le fait qu'il avait exprimé clairement sa souffrance avec des mots qu'il n'avait jamais utilisés auparavant. C'était comme si sa parole et sa pensée s'étaient enfin libérées.

Je lui dis alors que c'était bien de s'en apercevoir et de le dire et lui conseillai d'entreprendre une psychothérapie dès son retour à l'étranger. Il me dit, comme dans un ultime signe de résistance: « C'est nécessaire? Il n'y a pas de comprimés pour cela? » J'ai répondu: « Malheureusement pas. Il n'y a pas de comprimés pour guérir les maux du passé. Le médicament sert à calmer, réduire et apaiser la souffrance mais ne peut pas l'enlever. Seule une psychothérapie peut le faire car la parole et les mots traitent beaucoup mieux que les médicaments. »

En lui disant cela, j'étais en train de penser au poids du passé, des dettes, des traumatismes non encore métabolisés chez ce jeune homme.

Avant d'aller à Tunis pour prendre l'avion, il passe chez moi pour me remercier encore. Je remarquai alors qu'il m'appelait « *ammi* » (mon oncle paternel).

### **Éléments de discussion psychodynamique**

Les brèves rencontres de *passage* avec ce jeune homme m'avaient marqué. Dans un mouvement d'après-coup et avec un certain recul, je voulais

montrer, avec cette illustration, comment il est possible d'intervenir dans des situations de demandes ponctuelles et urgentes, ce qu'on pourrait appeler la « psychopathologie du moment », situations qui imposent des propos de l'instant ou « l'instant du dire », pour reprendre l'expression de Del Volgo (1997).

En partageant la route avec quelqu'un, en cheminant, on arrive à « faire un chemin » extérieur et intérieur. Cet accompagnement est associé à un *cheminement* de la pensée. Un travail en profondeur peut se jouer le temps d'une marche. Ce serait alors un travail thérapeutique *en mouvement*. Il fallait en l'occurrence aider ce jeune homme à retrouver sa voix (la parole), mais également sa voie (son chemin, son étoile, sa destinée).

C'était une expérience unique, singulière, hors du dispositif classique. Dans ces situations particulières, nous n'avons pas le temps ni la possibilité d'*imposer* un cadre. Nous sommes appelés dans ces cas à instaurer des dispositifs métacontenants qui sachent protéger à la fois le clinicien et le patient (Ben Rejeb et Vinay, 2021).

Cette rencontre m'a permis de réfléchir par ailleurs à de nombreuses questions :

1. Peut-on parler d'une « absence de demande » quand on est en état de choc ?
2. Que symbolise cette perte de mémoire particulière de la langue de ce pays européen (et l'avenir de ses études) ? Serait-ce un refus de parler une langue non maîtrisée par sa mère ? Une façon pour elle de refuser de le laisser s'éloigner d'elle ?
3. La pensée de ce garçon semblait écrasée. Il fallait l'aider à *re-penser*, c'est-à-dire remettre la machine à penser en marche, l'amener à fonctionner, à produire de la pensée à nouveau. J'associe cette idée aux travaux de W. Bion (1962) sur « l'appareil à penser les pensées ». Ce garçon avait du mal à nommer, à dire les choses, à exprimer son vécu, sa souffrance, ce qui traduit une sorte de sidération de la pensée, une incapacité à comprendre ce qui s'est passé et ce qui se passe. La « *ré-union* » de cette famille éparpillée semble avoir réactivé des traumas historiques.
4. Et puis, au-delà de sa dimension phallique, quelle valeur donner à cette énorme clé gravée, tatouée sur sa peau ? Il me semble qu'il peut y avoir trois idées à avancer à ce niveau :
  - Serait-ce une façon de garder l'objet (la mère) en soi, de la rendre en quelque sorte permanente en lui ?

- Serait-ce l'effet de l'emprise de sa mère sur lui? Il serait « verrouillé » par cette clé : son avenir serait entre les mains de sa mère. Ce qui peut être vrai, puisqu'il veut avoir son autonomie, se distancier d'elle et vivre en Europe.
  - Mais cette clé peut être aussi l'emblème de la fameuse « clé du retour » en Palestine, la clé de la maison familiale et des origines. Cette clé représenterait alors la transmission d'un patrimoine, d'une civilisation et d'une histoire. Ne faut-il pas une troisième voire une quatrième génération pour exprimer avec force « le droit à ce retour », surtout après l'oubli, l'abdication ou le refoulement des générations précédentes? Et nous retrouvons là les principes mêmes de la transmission transgénérationnelle (Abraham et Torok, 1978; Lebovici, 1989; Tisseron, 1996; Schützenberger, 1998; Ben Rejeb, 2003 et 2007), les principes de la « transmission radioactive destructrice » à travers les générations (Gampel, 2016).
  - Cette clé, inscription ou gravure sur ou dans la peau, est donnée au regard de l'autre et interpelle celui ou celle qui la voit. Serait-ce également un symbole archaïque d'appartenance à un clan, un groupe, une famille élargie, une identité; le marquage de filiation faisant le lien avec des ancêtres très anciens, des pères fondateurs et des mythes familiaux? Serait-ce le signe d'une recherche de retrouvailles d'un ordre symbolique (Aisenstein, 2008; Le Breton, 2002).
5. Tout cela aurait-il un rapport avec les retrouvailles familiales? C'est peut-être un élément qui enfonce ce garçon dans sa dépression que de se souvenir de la belle époque palestinienne, d'un paradis perdu. Voilà désormais ces personnes sans leur repère d'origine, éparpillées, « dispersées » (Buck, 1935) aux quatre coins du monde et réunies momentanément dans un pays de passage pour un séjour de passage.

Concernant le *dispositif*, ces rencontres cliniques se sont passées tantôt en « côte à côte » et tantôt en « face à face », des fois debout et d'autres fois assis, tantôt en mouvement et d'autres fois en position statique. Le *cadre* est toutefois maintenu grâce à la présence des ingrédients indispensables : la triple contenance (psychique, visuelle et sonore). Cela montre qu'on peut contenir en marchant. L'ensemble de ces situations soulève certes la question de la « bonne distance » physique et psychique entre les

deux protagonistes qui marchent. Cela soulève également la question des incidences transférentielles et contre-transférentielles de ces situations de bricolage.

Il semblerait que la finesse clinique du thérapeute ainsi que sa *flexibilité* demeurent fondamentales. Elles lui permettent de décider au cas par cas.

Le cadre doit se construire d'abord dans la tête du thérapeute. Celui-ci se construit des limites protectrices intériorisées (Ben Rejeb, 2020). Le cadre est un rituel certes, mais il n'est pas immuable. Il est d'abord une contenance, une confiance. L'essentiel est en ce sens de garantir une sorte de concordance psychique entre les deux partenaires.

## Conclusion

D'autres questions restent en suspens. Quelle place pour les malentendus culturels ou linguistiques? Peut-on parler de « confusion des langues » (Ferenczi, 1932)? Qu'est-ce que je représente pour ce jeune homme? Suis-je pour lui un thérapeute, un intervenant « étranger », un « médiateur » culturel et linguistique? Un « oncle » de passage?

Il y a beaucoup de zones d'ombres dans la vie de Z. Le temps semble pour lui condensé, arrêté et saturé. C'est comme s'il m'avait livré une coupe instantanée, transversale, d'un moment de sa vie. Le passé semble écraser totalement le présent, au point d'empêcher la pensée. Il y a ce qu'on appelle un télescopage, une superposition des rôles, des événements et des souvenirs.

Le fait qu'il ait choisi de m'appeler « *ammi* » (oncle paternel) m'inscrit dans le même moule culturel (arabe) que le sien, ce qui renvoie à l'existence d'un transfert et d'un contre-transfert chargés sur le plan de la culture. En fait, il est à la fois étranger mais aussi similaire, d'où le passage par l'arabe littéraire, celui qui s'approche en fait de sa langue maternelle. Est-ce que parler avec lui l'arabe littéraire était en soi thérapeutique? Quelles métaphores, et quels mythes peut-on lui proposer pour le sauver pour la suite?

Enfin, l'impossibilité de ce jeune homme de penser peut-elle renvoyer aussi à l'impensable du conflit israélo-palestinien?

Cette brève rencontre clinique nous invite à rediscuter de la notion du cadre, à rejoindre Roussillon quand il propose de parler de « chorégraphie de la rencontre » (2003) et de ne plus considérer ce cadre comme un objet « archéologique » (Roussillon, 2007). L'essentiel dans tous les cas est de garantir la « capacité à contenir » (Speziale-Bagliacca, 1990). Le travail

d'aide analytique est en lui-même un cheminement, un voyage. C'est bien en marchant que se construit l'histoire humaine.

Riadh Ben Rejeb  
riadhbenrejeb@yahoo.fr

## Références

- Abraham, N. et Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Aubier-Montaigne.
- Aisenstein, M. (2008). Pères « dans la peau ». Dans D. Cupa (dir.), *Image du père dans la culture contemporaine. Hommage à André Green* (p. 107-112). Paris : Presses universitaires de France.
- Asséo, R. (2009). La prudence du démineur. *Revue française de psychosomatique*, 1 (35), 113-120.
- Ben Rejeb, R. (2003). *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : In Press.
- Ben Rejeb, R. (dir.) (2007). *La dette à l'origine du symptôme*. Paris : L'Harmattan.
- Ben Rejeb, R. (dir.) (2020). *Les limites*. Carthage : Beit al-Hikma.
- Ben Rejeb, R. et Vinay, A. (dir.) (2021). *Figures de l'extrême. L'extrême en clinique et au quotidien*. Paris : In Press.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bleger, J. (1967). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans R. Kaës, A. Missenard et R. Kaspi (dir.) (1979), *Symbiose et ambiguïté* (p. 255-285). Paris : Dunod.
- Bouvet, M. (1957). Les variations sur la technique. Dans *La relation d'objet* (p. 251-294). Paris : Payot.
- Buck, P. (1935). *La famille dispersée*. Paris : Payot, 1975.
- Chervet, B. et Donnet, J. L. (2014). *Pourquoi la règle ?* Paris : Presses universitaires de France.
- Ciccone, A. (2018). La scène du corps. Liens entre événements corporels et événements psychiques. Dans R. Ben Rejeb (dir.), *Le corps intermédiaire* (p. 135-156). Tunis : Arabesques.
- Convert, B. et Demailly, L. (2003). Internet et les professions de santé. Le problème de la consultation à distance. *Réseaux*, 4 (120), 241-269.
- Del Volgo, M. J. (1997). *L'instant de dire*. Toulouse : Érès, 2012.
- Eiguer, A. (2020). *Thérapies en ligne. La pratique analytique au défi de la communication virtuelle*. Paris : In Press.
- Ferenczi, S. (1932). Confusion des langues entre les adultes et l'enfant. Dans *Psychanalyse. Œuvres complètes. Tome IV : 1927-1933*. Paris : Payot, 1982.
- Freud, S. (2002). *La naissance de la psychanalyse [1887-1902]*. Paris : Presses universitaires de France, 2002.
- Freud, S. (2006). *Lettres à Wilhelm Fliess [1887-1904]*. Paris : Presses universitaires de France, 2006.
- Freud, S. (1919). Les voies nouvelles de la thérapie analytique. Dans *La technique psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 2007.
- Freud, S. (1937). La construction dans l'analyse. Dans *Œuvres complètes. Tome XX* (p. 57-73). Paris : Presses universitaires de France, 2010.
- Gampel, Y. (2016). Différents mouvements de transmission : transmission radioactive destructive – transmission radioactive créative. *Connexion*, 2 (106), 135-142.

- Jeammet, P. (1992). Le cadre n'appartient à personne. Dans G. Bleandonu et D. Anzieu (dir.), *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques* (p. 101-109). Lyon : Presses de l'Université de Lyon.
- Kristeva, J. (2012). La chair des mots. Dans B. Chervet, J. Chambrier-Slama et S. Lambertucci Mann (dir.), *L'interprétation* (p. 133-150). Paris : Presses universitaires de France.
- Lebovici, S. (1989). Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatisques. Dans S. Lebovici et F. Weil-Halpern (dir.), *Psychopathologie du bébé* (p. 141-148). Paris : Presses universitaires de France.
- Lebovici, S. (1990). L'identité de psychanalyste dans ses activités hors séance. *Revue française de psychanalyse*, 54 (5), 1149-1164.
- Le Breton, D. (2002). Signes d'identité : tatouages, piercings et autres marques corporelles. Paris : Métailié.
- Lechevalier, B. (1988). « Silence de mort », troubles graves de la pensée et élaboration du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 52 (2), 503-505.
- Leroux, Y. (2008). Psychothérapies en ligne. Histoire, questions éthiques, processus. *Psychothérapies*, 28 (3), 211-221.
- Mellier, D. et Dugnat, M. (2019). *Quelles psychothérapies pour bébé ?* Paris : Érès.
- Moro, M. R. et Lebovici, S. (dir.) (1995). *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie : face au traumatisme*. Paris : Presses universitaires de France.
- Perron, R. (2010). *La raison psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Racamier, P. C. (1983). *Le psychanalyste sans divan*. Paris : Payot.
- Reik, T. (1948). L'atelier. Dans *Écouter avec la troisième oreille*. Paris : EPI, 1976.
- Reik, T. (2002). *Écouter avec la troisième oreille : l'expérience intérieure d'un psychanalyste*. Paris : Tchou.
- Roussillon, R. (2003). Séparation et chorégraphie de la rencontre. Dans A. Barbier et J. M. Porte (dir.), *La séparation* (p. 121-135). Paris : In Press.
- Roussillon, R. (2005). La « conversation » psychanalytique : un divan en latence. *Revue française de psychanalyse*, 69 (2), 365-381.
- Roussillon, R. (2007). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Roussillon, R. (2021). Les affects extrêmes : l'effroi et les logiques de « survie ». Dans R. Ben Rejeb et A. Vinay (dir.), *Figures de l'extrême* (p. 139-162). Paris : In Press.
- Schützenberger, A. A. (1998). *Aïe, mes aïeux !* Paris : De Brouwer.
- Smadja, C. (2005). Transformations contemporaines de la méthode et du cadre analytiques. Dans F. Richard et F. Urribarri (dir.), *Autour de l'œuvre d'André Green* (p. 67-77). Paris : Presses universitaires de France.
- Smolak, D. et Brunet, L. (2019). La clinique de l'extrême dans le cadre de l'intervention humanitaire : le paradoxe du contenant non contenu. *Revue Filigrane*, 28 (2), 189-203.
- Speziale-Bagliacca, R. (1990). La capacité à contenir. *Revue française de psychanalyse*, 54 (5), 1363-1374.
- Sturm, G., Nadig, M. et Moro, M. R. (2011). Current Developments in French Ethno-psychoanalysis. *Transcultural Psychiatry*, 48 (3), 205-227.
- Tisseron, S. (1996). *Le psychisme à l'épreuve des générations*. Paris : Dunod.
- Winnicott, D. W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1976.
- Winnicott, D. W. (1975). La crainte de l'effondrement. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (p. 205-216). Paris : Gallimard, 2000.