



Toucher le fond. Quand le toucher thérapeutique prend la voie du toucher traumatique : « pré-texte » à un passé de violences sexuelles

Touching the bottom. When traumatic feeling resurfaces after therapeutic touching: “pre-text” to past sexual abuse

Marjorie Lombard

106, boulevard de la Liberté, 59000 Lille, France

RÉSUMÉ

En toute intimité, certains de nos patients ont touché le fond par la nature même de violences antérieures subies de mains qui instrumentalisent pour mieux posséder. Le sujet ne peut qu'être nié, dans un rapport de force qui éteint toute rencontre. C'est même le meurtre du sujet psychique qui s'y loge avec le risque, qu'à l'occasion du soin, quand des mains expertes se poseront sur ce corps autrefois violenté, que la mémoire traumatique soit mise au goût du jour. Plus qu'une empathie, c'est la reconnaissance de cet autre dévoilé dans sa vulnérabilité, comme un semblable en humanité, qui éloigne le professionnel du risque de commettre un autricide. À notre insu, et pour ne pas être médusé, à notre tour, la tentation peut être d'éviter que l'effroyable se produise au gré d'un touché thérapeutique. Entre toucher affectif, érotique, gnostique, pathique et traumatique, il n'y a parfois qu'un pas à franchir. Ce n'est pas celui qui touche qui le franchit, mais davantage celui qui est touché, qui y retourne. Ainsi, ce qui se révèle dans l'intimité clinique, et ce de manière plus ou moins voilée, se laisse à entendre à l'instar d'un texte en premier jet, de sensations figurant l'irreprésentable des violences sexuelles passées, en appelant à notre code éthique pour éviter une posture en ré-acte prenant l'allure du sur-traumatisme.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

SUMMARY

In all intimacy, some of our patients touched the bottom by the very nature of previous abuse they suffered from under the touch of hands that became tools to take possession of them. The subject can only be denied in a balance of power that terminates any encounter. There rests the murder of the psychological subject with the risk that traumatic memory resurfaces when expert hands touch the once abused body on the occasion of treatment. More than empathy it is the recognition of a fellow human revealed in its vulnerability that prevents the carer from abusing the patient. Unbeknown to us, in order not to be petrified in our turn, we can be tempted to avoid the encounter with terror at the discretion of therapeutic touching. From affectionate, erotic, gnostic, empathic to traumatic touching, there is sometimes only a step to take. The step is not taken by the one who touches but rather by the one who is touched and comes to be touched again. Therefore, what resurfaces during clinical intimacy, in a more or less obvious way, is to be grasped just like the first draft of a text, with a sense that inexpressible past sexual abuse is figured thus appealing for our ethical code in order to avoid a posture that might seem like re-enactment and over-trauma.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

MOTS CLÉS

Éthique professionnelle
Mémoire traumatique
Toucher thérapeutique
Violences sexuelles

KEYWORDS

Ethics
Traumatic memory
Therapeutic touching
Sexual abuse

Adresse e-mail :
degezlombard@gmail.com

DOI des articles originaux :
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.007>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.009>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.010>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.005>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.008>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.011>

Note de la rédaction

Chaque article publié dans ce dossier thématique de Kinésithérapie la Revue a été expertisé par le comité scientifique du Colloque de la Compagnie Nationale Des Experts Physiothérapeutes et autres Professionnels de Santé (CNEPPS), organisé par la faculté de droit Toulouse Capitole et la CNEPPS le 18 novembre 2023.

Ces textes ont préalablement été étudiés, sélectionnés et validés par l'organisateur, selon une procédure qui lui appartient.

En ce sens, Kinésithérapie la Revue n'a pas effectué de contrôle éditorial de ces contenus qui respectent les règles d'éthique et de déontologie.

PRÉAMBULE

« Elle ne sent pas les méduses s'immiscer en elle ce jour-là. Elle ne sent pas les longs tentacules transparents la pénétrer, elle ne sait pas qu'ils vont la déporter de sa route, l'attirer vers des profondeurs désertes et inhospitalières, entraver jusqu'au moindre de ses pas, la faire douter de ses poings, rétrécir année après année, le monde qui l'entoure à une petite poche d'air sans issue. Personne ne la prévient, personne ne lui explique, le monde s'est tu. »

Adélaïde Bon [1] a littéralement été médusée par cet acte de barbarie qui consiste à violer une enfant, à consommer de la chair humaine. Elle n'avait aucun mot pour penser l'irreprésentable, jusqu'à ce qu'elle se figure des méduses dans le ventre, **touchant du doigt** une vérité insaisissable. Ce signifiant incarne par la transparence, et l'invisibilité précédant la piqûre, ce qui reste tapis dans l'ombre. Leur arrivée est insidieuse et le déclenchement de la souffrance soudaine. Souvent carnivores, elles attrapent leur proie, de petits poissons au moyen de leurs tentacules avant de les paralyser de leurs filaments urticants. L'image qui est venue à l'autrice pour tenter de mettre en images l'irreprésentable nous met face au pouvoir signifiant de l'inconscient : violée à l'âge de huit ans un dimanche de mai, de retour de la fête de l'école où elle venait de gagner un poisson rouge. Méduse est aussi l'immortelle, au regard pétrifiant, tel est son supplice pour avoir souillé l'autel d'Athéna par le viol dont elle a pourtant été victime ! Des tentacules, aux serpents de la chevelure, rappelons que l'animal empreinte ses origines à la figure mythologique. Osez regarder Méduse, c'est prendre le risque d'être pétrifié, de « tomber mort ». Bon se dit déportée par les tentacules, quand les quelques rescapés du radeau de fortune traversent le cauchemar des mers orageuses, de meurtres brutaux, de folie et de cannibalisme, en témoigne l'œuvre monumentale de Géricault. Adélaïde n'est autre que cette petite fille innocente faisant naufrage, tapissant le fond de l'océan, littéralement, **elle touche le fond**. Il ne reste, sur

le radeau, à la surface et renversée en son contraire, que la mort incarnée par ce regard pétrifiant (Figs. 1 et 2).

Sous le coup de la plus innocente des mains qui se poserait à l'avenir sur ce corps, autrefois objectalisé, salissures et meurtrissures s'immisceront de façon sournoise, éveillant les souvenirs enfouis par l'effet de brûlures des tentacules.



Figure 1. Théodore Géricault. *Le radeau de la méduse*, 1818–1819, huile, toile sur bois (491x716 cm). Musée du Louvre, Paris.

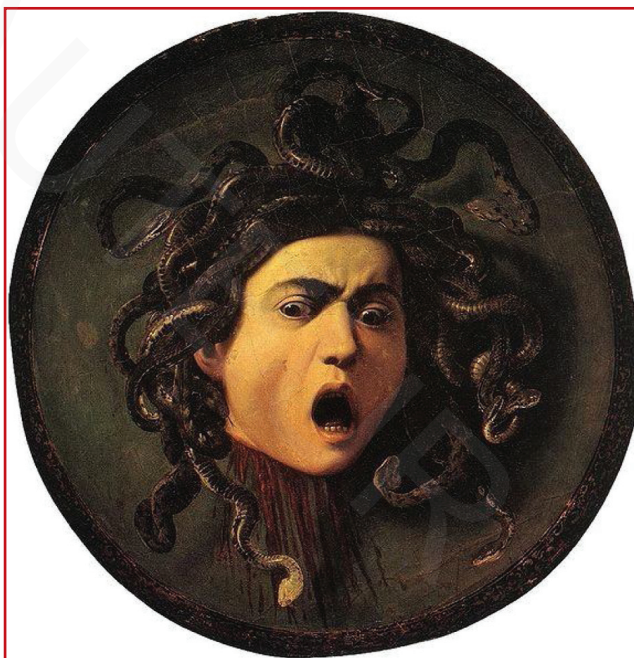


Figure 2. Le Caravage. *Tête de Méduse*, 1598, huile sur cuir marouflé sur un bouclier en bois de peuplier (60x55 cm). Galerie des offices. Florence.

INTRODUCTION

Organe le plus volumineux du corps humain, la peau conduit la somesthésie au sommet des sensibilités loin devant les perceptions relatives aux autres organes sensoriels. Si le toucher est communément entendu comme « la perception consciente des modifications intéressant la peau » [2], nous insisterons sur la communication invisible entre sensibilité, sensorialité et sensation. Notre corps dispose d'une propriété essentielle qui est celle de pouvoir réagir aux informations inhérentes à l'expérience tant interne qu'externe, réaction directement reliée au message véhiculé depuis nos organes sensoriels, laissant derrière eux, une empreinte, siégeant au carrefour d'hier et d'aujourd'hui. Être touché par une main aimante peut tout autant « faire toc » dans le sens étymologique de *toccare* qui signifie « heurter, frapper ». Issu de l'onomatopée évoquant le bruit inhérent au choc produit par le contact d'objets, toucher ne peut donc prendre sens que dans un contexte de deux entités en présence. Annulez l'une des deux, et le toucher suivra pour ne laisser que l'instrumentalisation. Si je touche, j'entre en contact. C'est ainsi que cette modalité sensorielle est entendue comme la plus archaïque se développant avant toutes les autres depuis les prémices de la vie intra utérine. C'est tout un dialogue tonique qui est en passe de se construire pour que le plus primitif des liens au monde inscrive le petit d'Homme dans celui des humains.

« SAINT » TOUCHER

En consensus, nous pouvons poser comme une norme de santé psychologique, notre capacité à fantasmer, comme il en est de notre capacité à se remémorer à travers les souvenirs ou à rêver à travers les productions oniriques. Cependant, fantasmer aujourd'hui n'est qu'à la condition, qu'hier, la satisfaction pulsionnelle ait pu ouvrir à l'expérience du plaisir. Rêver l'objet qui comblera le manque compose en effet l'impulsion vers la réduction de la tension originare et la composition d'une trace mnésique de l'objet en question. Cette représentation mentale, sorte de fantôme de l'objet partiel, cause du désir, pourra, à l'envie, être mobilisée, présentifiant l'absent et laissant une empreinte indélébile qui marquera les prémices de la réalité psychique. Nous pourrions ainsi l'écrire en ces termes : quelqu'un doit me désirer, dans cette attention portée à la satisfaction de mes besoins, pour que je désire à mon tour. De cette portée vers le fantasme naît le sentiment de créer le monde, jouissance à laquelle le développement libidinal mettra un terme, avec le nécessaire refoulement dans ce passage structurant. Il faut du manque et de la place pour désirer, que l'objet d'amour soit absent, mais dont la présence suffisamment pleine en amont se fasse contenance.

Puis-je encore fantasmer quand la présence pleine d'un autre occupe l'espace psychique, parasite siégeant sans y avoir été invité ? Autrement dit, oser **se laisser toucher par quelqu'un**, dans le sens propre et figuré, suppose que des mains aimantes et contenantes, dans le sens winicottien du *handling* œuvrant au *holding*, se soient présentées, dans

les prémices de la vie psychique. À ces conditions, faire l'expérience du lâcher prise, en présence de l'autre, peut-il donner le sentiment de ne plus **toucher terre** ? Du toucher affectif dans les interactions comportementales et réelles vécues dans le cadre de la relation fusionnelle reliant l'enfant à son premier objet d'amour ; au toucher érotique dans le cadre des caresses offertes à un corps chargé de zones érogènes : c'est l'énoncé d'un parcours en toucher intime. Quand il prend la trajectoire du soin, ce toucher se dit tantôt gnostique en vue du diagnostic, que les informations obtenues par le biais de cette modalité sensorielle rendent accessible. Ainsi le toucher vaginal peut-il s'inscrire dans cette dynamique avec une intention guidant la main qui ne saurait se retrouver dans le toucher sexuel.

Mais ce toucher guidant le professionnel du soin se dit, à d'autres moments, pathique en vue d'un soin relationnel. À nouveau, l'intention thérapeutique ne pourrait rejoindre le soin maternant quand bien même le toucher massage ou de nursing guiderait les mains expertes.

S'il n'est en rien question d'une relation de dépendance, l'alliance thérapeutique et la contenance véhiculée par les *mains soignantes* peuvent en faire l'écho, et avec lui, le retour de sensations d'un autre temps qui peinerait pourtant à être discriminées comme telles. Du « saint » toucher au toucher démoniaque et traumatique, il n'est parfois qu'un pas à franchir, ce n'est pas celui qui touche qui le franchit, mais celui qui est touché, qui y retourne. Le corps passe d'un investissement en tant qu'« objet de désir » dans le sens psychanalytique, en reconnaissance du sujet qui l'habite, au meurtre sans cadavre, niant toute subjectivation qui se voudrait pourtant l'essence même et la condition sine qua non de toute rencontre.

TANGERE N'EST PLUS

Quand la racine étymologique *tangere* dominait la scène, le *tact* reposait en lieu et place du *toucher*. C'était l'heure de la faculté, du discernement et de la délicatesse que le toucher traumatique ne pourrait comprendre. Puisque *toccare* a littéralement « mis la main » sur l'étymologie première, toucher peut désormais atteindre l'autre en le blessant, laissant l'opportunité au toucher traumatique de se faire entendre. Potentiellement, l'expression symptomatique sonnera le glas d'un toucher pathologique.

Permettez-moi à présent de vous **toucher un mot** sur l'état de stress post-traumatique qu'un vécu de violences est susceptible de produire. Par sa définition princeps, il est considéré comme une réaction normale à une situation anormale, à savoir selon la définition de Crocq [3], « *l'effraction psychique causée par le débordement de ses défenses du fait d'excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y serait exposé comme victime, témoin ou acteur.* » La notion vicariante désormais reconnue, mais également l'advenue des mécanismes de dissociation en contexte de responsabilité engagée des violences, posent un postulat

inédit. Les troubles de stress post-traumatique regroupent une batterie de symptômes repris par la classification du DSM-5 que nous pourrions synthétiser par la trilogie de conduites d'évitement, d'hypervigilance et de reviviscence, respectivement engagées en vue d'échapper, de contrôler et d'auto-traiter. Il nous apparaît désormais nécessaire de prolonger la conceptualisation du psychotraumatisme en tant que conséquence logique et universelle des violences subies par l'extraordinaire apport impulsé par Salmona [4] éclairant dans un ouvrage de référence, les notions de sidération, dissociation, mémoire et amnésie traumatique.

Afin d'explicitier les mécanismes de sauvegarde psychique ainsi que leurs conséquences neurobiologiques, empruntant l'image d'un tableau électrique aux connexions modifiées, nous nous proposons de séquencer le processus à l'œuvre chez les victimes. Ainsi, notre propos se trouve illustré par les extraits de la « consolation » [5] et de la « petite fille sur la banquise » [1], livrant des récits poignants au service d'un combat pour la reconnaissance des violences sexuelles. Les réactions immédiates imposent, les premières, l'effet traumatique à travers la sidération et la dissociation.

« *Il est à son funeste ouvrage. Il va me tuer, je le sais. Jamais je ne pourrais me relever. (...) Frêle corps juvénile, pétrifié et agonisant d'angoisse.* » (p.110) « *Poupette ne peut plus parler, elle est morte de l'intérieur. Son cœur est mécanique.* » (Flament, p.114).

Terrorisée par la soudaineté et la brutalité de l'agression, autant que paralysée par le caractère incongru de celle-ci, la quasi-totalité des victimes de violences sexuelles et plus particulièrement les enfants seront soumis au pouvoir sidérant du fait d'un état de stress dépassé, responsable d'une paralysie de l'activité corticale.

« *Et en me regardant droit dans les yeux, le vieux photographe connu et reconnu de tous à avancer, impitoyable, son visage vers mes secrets. (...) J'allais mourir.* » (Flament, p.111).

L'alerte ne peut être débranchée que par le cortex cérébral, à l'issue d'un travail de synthèse, permettant l'élaboration de stratégies de fuite ou d'attaque afin de faire face à la menace. Or, le caractère insensé de l'effraction rend l'hippocampe inopérant, bien que sollicité pour ses vertus de stockage en mémoire d'expériences passées, susceptibles de servir de repère dans l'analyse de situations actuelles. En l'absence de toute référence antérieure, le cortex cérébral ne peut ni éteindre l'alarme, ni mobiliser l'organisme en vue d'une défense active contre la menace reconnue comme telle. En conséquence, l'alarme continue de sonner et les hormones de stress d'être sécrétées alors même que les quantités croissantes comportent une menace létale cardiovasculaire et d'atteinte neurologique sévère. En effet, quand l'excès d'adrénaline entraîne un risque d'infarctus du myocarde, celui de cortisol entraîne un risque d'état de mal épileptique, d'ictus amnésique, de perte de connaissance, voire de coma. Nous le comprenons désormais, le survoltage des circuits neurobiologiques est renforcé par le phénomène d'agonie psychique traduit en les termes de menace de mort par l'action d'intentionnalité criminelle de l'agresseur.

Ainsi, à l'image d'un circuit électrique en survoltage détenant un dispositif qui éviterait que tous les appareils branchés ne grillent, le cerveau dispose d'un mécanisme de sauvegarde : la disjonction, opérant, quant à elle, sur le circuit émotionnel en sécrétant, en urgence, un cocktail anesthésiant, à base

de neurotransmetteurs (endorphines) et d'autres substances assimilables à des drogues puissantes telle l'association détonante de la kétamine et de la morphine. Au cœur de ce circuit, le transport d'informations est interrompu, sous l'effet de la disjonction des connexions éfférentes reliant l'amygdale cérébrale aux autres structures cérébrales, l'isolant totalement. L'arrêt de toute communication entre ces structures cérébrales éteint l'alerte, mais aussi la sécrétion des hormones de stress, évitant ainsi une « surchauffe du système ». En conséquence, le cortex ne reçoit plus d'information sur l'état émotionnel ou physique, tandis que l'hippocampe est incapable de traiter la mémoire de l'évènement ni même d'offrir un quelconque repère spatial ou temporel.

Cette disjonction est à l'origine des conséquences composant le cœur même des troubles psycho-traumatiques, à savoir la mémoire traumatique et la dissociation.

« *Elle est sortie de l'album, silencieusement, tandis que je parlais. Je l'ai vue tomber, tout en douceur, et se retourner dans sa chute. Je me suis penchée pour la rattraper avant qu'elle n'atteigne le sol, mais elle s'est posée sur la moquette, comme une feuille-morte par un paisible matin d'automne. Et soudain, tout ce que j'avais oublié m'est revenu.* » (...) « *Il m'a violée », me suis-je entendu dire.* » (Flament, p.220–244).

Malgré l'exposition à l'évènement violent, le sujet se retrouve en état d'anesthésie, seul moyen de protection contre la menace d'intégrité psychique, laissant en reste, un sentiment d'irréalité, puisque les victimes sont rendues simples spectatrices d'une scène d'horreur face à laquelle elles semblent rester insensibles. L'effraction traumatique a percé la cuirasse de pare-excitation causant une hémorragie, mais leurrant la victime qui, se croyant cicatrisée par l'absence de douleur, n'engage aucune protection. Pourtant, cette sensation de vide et de corps mort ne peut nous laisser indifférents, un crime est bien en train d'être commis.

« *J'allais mourir. Alors, lentement, le plus discrètement possible, je suis sortie de moi à mesure qu'il forçait mes barrages et se délectait de sa conquête. J'ai fermé les yeux, rasé les murs et j'ai réussi à m'évader. Je ne me suis pas retournée sur Poupette. Je n'avais pas le choix. Je l'ai laissée là, sur ce balcon poisseux à la merci du prédateur, prisonnière des serres du rapace, livrée en pâture au groin de l'animal reniflant et renâclant.* » (Flament, p. 111–112).

Cette coupure entre le sujet et son corps est initiée par le phénomène de « décorporalisation » produit par la disjonction précipitant, dans l'urgence, la victime en dehors d'elle-même. Un corps maltraité ne peut pas penser disait David [6] – lors d'un symposium international à Budapest – au sujet des carences affectives, responsables du syndrome de l'hospitalisme dans les pouponnières d'après-guerre engageant la double peine d'une perte de conscience de soi et d'empathie des autres. En effet, toute rencontre s'inaugure dans une reconnaissance d'autrui comme un semblable, s'il avait besoin de le préciser, en humanité, au risque de commettre un « autricide » [7]. Véritable, « fabrique à exclusion », ce meurtre sans cadavre s'opère, dès lors que le vœu de fraternité, inhérent aux relations humaines est réduit à néant par un autre, excluant

du champ de l'humanité son semblable qu'il ne reconnaît pas, réduit au statut d'objet. C'est ainsi que la souffrance disparaît, avec son sujet. Nous tenons, à ce propos, à préciser la thèse paradoxale de Agamben et Alféri [8] estimant que les vrais témoins sont ceux, précisément, qui n'ont pu témoigner, à savoir ceux qu'à Auschwitz, on appelait les « musulmans » quand Lévi [9] rapporte qu'ils étaient ainsi appelés par les anciens du camp et voués à la sélection. Le seul et véritable témoin d'une expérience niant son humanité rencontre l'ironie de se voir, précisément, privé de l'acte même de parole. C'est la mort du sujet. Nul besoin de tuer quelqu'un qui est déjà mort, ces fantômes en errance ont été – la dissociation – même, dans sa manifestation la plus aride. Les conséquences peuvent se traduire en termes d'élévation dangereuse du seuil de tolérance à la douleur, de somatisation ou de maladies chroniques.

Cette mémoire, jusque-là piégée, en l'état, dans l'amygdale cérébrale, et ne pouvant ni encoder, ni intégrer, ni mémoriser l'évènement violent, se refusait au souvenir autobiographique pour réapparaître dans un vécu d'indifférence, l'état dissociatif persévérant. À d'autres moments, elle se veut explosive, le mécanisme de défense archaïque étant levé.

Ce qui suit, à présent, relève des réactions différées, à savoir la mémoire traumatique et diverses stratégies de survie.

« Je sens que quelque chose s'est fissuré en moi. J'ignore ce que c'est, mais ça vacille. J'ai l'impression que mon cœur n'est plus accroché, qu'il se balade et cogne dans ma poitrine comme une cloche en furie qui manque de lâcher. L'angoisse que l'épisode se reproduise ne me quitte pas : c'est une menace sans cesse murmurée par un fantôme posé sur mon épaule. (...) J'observe, sans bouger, comme la souris cachée sous les feuilles qui perçoit le danger. Le rapace tourne, prêt à fondre sur sa proie. Soudain, ça m'envahit. Une vague toxique qui monte et contre laquelle je ne peux rien. Je suis pétrifiée, et je ne sais pas pourquoi. » (Flament, p. 51–52). Véritable « machine à remonter le temps » [4], la mémoire traumatique est susceptible de se déclencher au moindre stimulus faisant sauter, sous sa détonation, le sujet, revisitant à l'identique un climat de danger permanent.

La scène n'est pas érodée par le temps, elle réapparaît au détail près, agonisante.

Et, le sentiment d'irréalité fait son retour sous le coup d'informations paradoxales opposant le caractère banal (thalamus) et menaçant (amygdale), des reviviscences.

Nombreux sont les patients qui peinent à identifier la violence sexuelle subie faisant ainsi reposer sur le dos du pathologique des réactions d'agonie psychique. Échappant tant à la réécriture qu'à l'évolution, cette mémoire traumatique est vécue plus que racontée dans une confusion qui, le plus souvent, ne permet pas de différencier ce qui relève de son vécu ou de celui de l'agresseur. Intrusive, elle ne prévient pas, saisissant, à l'instar de l'évènement traumatique inaugural. Abcès en formation logeant le parasite, suintant sur son hôte : à qui appartient cette menace de mort, ce dénigrement, cette excitation ?

« Le temps d'un viol, le monsieur de l'escalier s'est immiscé dans les replis de mon cerveau, il a laissé sa haine et sa perversité macérer dans l'antichambre de ma mémoire, et jour après jour, elles m'ont dégoûlé au-dedans, elles ont colonisé chacune de mes pensées, elles ont contaminé ma vie. Une invasion invisible que nul ne m'a aidée à déceler, à nommer, à comprendre. (...) Non. Ces pensées de boue ne m'appartiennent pas. C'est à lui, la boue. » (Bon, p 129–130). Tel un magma, le sujet et son agresseur restent indifférenciés et le sentiment de n'être qu'un monstre, n'est plus très loin. Salmona [4] qualifie de « fantôme encrypté » l'agresseur qui, sous les traits d'un colonisateur, va ressurgir encore et encore, occupant l'espace où il a élu domicile. Pour Sironi [10] « les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leur mise en scène mystificatrice. » (1999, p. 127) Le passage à l'acte suicidaire est parfois le seul rempart quand il s'agit de faire taire des hurlements, d'éteindre des sensations, de mettre fin à une vie détruite. Contraintes d'avancer sur un terrain miné, les victimes deviennent expertes en stratégie de contrôle afin de se préparer à l'émergence du danger autant qu'en stratégie d'évitement afin d'éviter le déclenchement de la mémoire traumatique. Ces conduites se traduisent par de l'hypervigilance et du retrait social, doublant une peine déjà lourde. Cependant, malgré toutes les précautions engagées, l'allumage de l'amygdale cérébrale n'est pas toujours évitable, entraînant un stress dépassé dû à l'échec de la disjonction spontanée. Il faut ici rappeler la tolérance au cocktail de cortisol et à l'adrénaline. À ce titre, le recours à une autre forme d'auto-traitement anesthésiant par anticipation s'entend comme un renfort en cas d'accoutumance. Pour seule liberté, le choix de la conduite provoquant l'état dissociatif répétant la position de victime ou s'y dérochant en devenant acteur des agressions, instrumentalisant l'autre pour se disjoncter par procuration. Quel choix ?

Entre devenir un « mort-vivant » par l'adjonction de drogues externes dans une visée de « déconnexion-like » ou devenir un « monstre » par le recours aux conduites à risque portant atteinte à l'intégrité d'autrui, si ce n'est pas de devenir « fou » dès lors que ces dernières portent atteinte à soi-même.

Ainsi, tout se passe comme si l'équilibre entre plaisir et souffrance, établi sur une balance, était rompu alors même que le repère entre sensations agréables à reproduire et désagréables à éviter, voire menaçantes à combattre ou fuir, est anéanti. Le sujet doit se contenter d'une balance tantôt « décalibrée » conservant le poids du trauma résiduel et sonnante en permanence, entraînant hypervigilance et évitement, tantôt « grippée » sans possibilité de perception de la menace et bloquée du côté de la recherche de plaisir, en permanence. Quand la menace est constante avec une alarme sonnante en continu que seule, une exposition à davantage de risques peut éteindre par l'effet de la disjonction, c'est la voie des conduites à risque qui s'ouvre. Quand, en revanche, la menace est imperceptible, avec une alarme désactivée, c'est davantage la voie de l'addiction

qui s'impose. L'impact neurologique des traumatismes répétés engage des conséquences lui opposant toute démarche de demande d'aide renforçant séquelles et injustice. L'impact sur la mémoire, sur la chronologie des événements et sur la capacité de penser et de communiquer, laisse à voir une personne qui, bien que n'ayant aucune histoire à raconter, vit une souffrance intemporelle et permanente, demeurant impensable, innommable, en vécu de solitude. C'est cette même bombe à retardement que le plus bienveillant des touchers, bien qu'expert, peut actionner s'avérant des plus ignorants, en cette matière.

CONCLUSION

La dimension éthique d'une posture clinique est impérativement à défendre lorsqu'il s'agit de soulever le couvercle de la marmite fantasmatique, et ce, d'autant plus dans un contexte de violence niant tout consentement et jouissant de l'autre en posture de tout-puissant. *Toucher pour soigner* peut fantasmatiquement devenir *toucher pour posséder* quand le passé est mis au goût du jour. Les mains les plus naïves ne sauraient être à l'abri de **toucher la corde sensible** de la mémoire traumatique.

C'est donc en conscience que le professionnel du toucher se doit d'occuper sa position de clinicien qui, dans les stéréotypes, se veut encore associée au paternalisme médical alimentant le fantasme d'une posture d'autorité. Or, si l'asymétrie tient en partie au « supposé savoir » du spécialiste, inclure la notion de consentement est à la faveur d'une équité. Même si elle ne peut être garantie, qu'elle soit, tout du moins, visée. En effet, le cadre de l'activité libérale, recevant un patient en demande d'accompagnement, situe d'emblée celui-ci, en posture d'attente, loin du statut valorisant du « spécialiste » lui faisant face. Ainsi, nous n'avons de cesse, dans notre pratique, de valoriser la position de vulnérabilité que le patient assume, disposant, par ailleurs, du courage suffisant et nécessaire pour franchir le seuil du cabinet du professionnel, parfois, pour s'y mettre à nu. Littéralement, le vulnérable est celui qui peut être atteint, autrement dit, un être humain imparfait. La confiance thérapeutique se gagne et le professionnel ne peut se faire l'économie d'une écoute fine avant de se lancer sur le terrain du toucher pathique et gnostique. Mais la démarche éthique se doit également d'interroger le risque normatif, afin que, ni la norme statistique, morale, médicale, familiale ou surmoïque du rapport que le patient entretient avec le toucher, ne s'impose face au discours singulier du sujet. Cependant, écarter cette influence nécessite sans doute de la reconnaître, le professionnel, en toute humilité, devrait admettre la part, même inconsciente, des stéréotypes et préjugés, responsables de contre-attitudes insidieusement transmises par sa culture. Enfin, nous souhaitons aborder le risque de tentation sexuelle, susceptible de gagner toute relation humaine, dans la mesure où le cadre peinerait à être protégé. La fascination, par l'histoire de l'autre, est une autre dérive, par la séduction opérante et toute aussi menaçante qui consisterait à **se laisser toucher**. L'art et la manière de ne pas s'apitoyer, sans pour autant, être impitoyable face à la souffrance de notre semblable. À cet égard, la levée du voile sur les violences passées se doit d'être strictement pensée dans une visée thérapeutique au risque d'en détourner sa

« Points à retenir » :

- Le toucher est susceptible de se décliner en nature intime (toucher affectif et érotique), professionnelle (toucher gnostique et pathique) et traumatique (toucher effractant).
- Toucher pour soigner peut fantasmatiquement devenir toucher pour posséder quand le passé est mis au goût du jour traumatique.
- Les sensations qui naissent de la main experte agissent telle une machine à remonter le temps, simulacre de pré-texte à une mémoire traumatique.
- Ne pas reconnaître les violences passées quand elles prennent la voix/e des reviviscences risque de causer un sur-traumatisme.
- Un code éthique professionnel s'impose quand l'exploration du corps s'exporte en clinique.

visée éthique. Par ailleurs, le respect des défenses est un impératif, le domaine du toucher professionnel est bien trop délicat pour risquer une reviviscence traumatique alimentée par un sentiment d'intrusion traumatique. Guidée, par ce qui est « estimé bon », l'éthique du professionnel veut qu'il use de la manière en s'ajustant aux circonstances toujours singulières de la rencontre clinique.

La visée est ainsi bienveillante, nous avons insisté (mais sans doute jamais suffisamment) en évoquant la prudence à l'égard du patient, alors même que la personne du professionnel ne pourrait être négligée. C'est par le jeu de l'introspection et de l'analyse du contre-transfert que le clinicien peut s'assurer de la dimension thérapeutique associée à cette exploration. Ainsi, prenons garde, d'une part, à ne pas être pris par la pulsion scopique, revenant à éprouver du plaisir à regarder l'autre (tel un voyeur), d'autre part, de ne pas souhaiter le posséder, même intellectuellement, par le regard. C'est toute l'éthique nécessaire quand l'exploration du corps s'exporte en clinique. Davantage, nous aurions à incarner ce bouclier « poli » reflétant, par la pensée, les projections pulsionnelles du patient, dans une invitation à élaborer sur les reviviscences que le toucher génère. **Ne pas avoir l'air d'y toucher** et pourtant, délivrer sous la forme de suggestion indirecte, l'impératif quant à se retrouver sujet de désir, sujet de son corps.

Déclaration de liens d'intérêts

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

RÉFÉRENCES

- [1] Bon A. La petite fille sur la banquise. Livre de poche ; 2019.
- [2] Pagano C. La peau et le toucher. La stimulation basale. 55–69 ; 2020.
- [3] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Odile Jacob ; 1999.
- [4] Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. (3^e édition). Dunod ; 2020.
- [5] Flament F. La consolation. JC Lattès ; 2017.
- [6] Loczy, une maison pour grandir ; 2000. <https://dai.ly/x2mu60h>.

Toucher le fond. Quand le toucher thérapeutique prend la voie du toucher traumatique :
« pré-texte » à un passé de violences sexuelles

Dossier
« Colloque Toucher »



[7] Maisondieu J. L'autricide, un problème éthique méconnu. Laennec. 58. 18–29 ; 2010.

[8] Agamben G, Alféri, P. Ce qui reste d'Auschwitz : L'archive et le témoin : Homo Sacer III. Payot & Rivages ; 1999.

[9] Lévi P. Si c'est un homme. Julliard ; 1947.

[10] Sironi F. Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture. Odile Jacob ; 1999.

COPIE AUTEUR