

## CHAPITRE 8. CLINIQUE DE L'ÉCOUTÉ ET CLINIQUE DE L'IMAGE

[Catherine Tourette-Turgis](#)

*in Mireille Cifali et al., Processus de création et processus cliniques*

Presses Universitaires de France | « [Formation et pratiques professionnelles](#) »

2015 | pages 153 à 174

ISBN 9782130729952

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/processus-de-creation-et-processus-cliniques---page-153.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Clinique de l'écouté et clinique de l'image

Catherine Tourette-Turgis<sup>1</sup>

## INTRODUCTION

Le travail que je présente aujourd'hui s'inscrit dans un travail de recherche plus large dans lequel je suis engagée depuis une trentaine d'années. Je cherche à comprendre les cadres épistémologiques à travers lesquels nous appréhendons la vie des patients et en quoi ces cadres expliquent l'impossibilité à appréhender le malade comme un sujet dont l'identité personnelle et le statut d'agent social excèdent toujours l'objectivation médicale de sa maladie. L'expérience propre des malades comme catégorie théorique est assimilée négativement à leur maladie et les épistémè disponibles attribuent à la maladie une qualité négative et une seule fonction consistant à s'effacer devant un but ultime : guérir. Les malades chroniques étant privés de ce résultat, d'un même coup se retrouvent logés dans les espaces laissés pour compte de la construction de la pensée. Cette figure de l'impensé exclut les malades chroniques des opérations théoriques

1. Université Pierre et Marie Curie – Sorbonne Universités, Faculté de médecine, Paris, France.

de reconnaissance, en maintenant la catégorie de malade chronique dans un champ circonscrit à l'appréhension des modes médicaux, affectifs et sociaux de survivabilité.

J'ai longtemps pensé que les concepts existants comme soi, autrui, identité, corps, souffrance, maladie, avaient une capacité d'extension suffisamment large pour apporter des réponses aux questions théoriques que je me posais tantôt sur les traits définitionnels du sujet engagé dans la lutte contre sa maladie ; tantôt sur la nécessaire consolidation de l'expérience corporelle vécue dans certaines situations médicales ; tantôt sur l'hétérogénéité des moi et des non-moi causée par la modification de l'image corporelle dans certains contextes thérapeutiques ; tantôt sur les paramètres intelligibles de l'accessibilité au vécu de l'expérience de certaines situations, comme celles qui désengagent le sujet de ses capacités d'agir sur soi et qui relèvent de la délégation du souci de soi à autrui.

J'ai ainsi passé une vie entière dans le monde des hôpitaux, des lieux de soin, des espaces précaires de survie dans de nombreux pays du monde dans lesquels j'ai exercé des fonctions d'enseignement, de formation, d'écoute et d'accompagnement des malades, de leurs proches et de leurs soignants. Assurant une présence assidue au titre de chercheuse, de clinicienne de l'écoute dans les espaces de soin, j'ai séjourné régulièrement dans les lieux informels du soin comme les salles d'attente, la cafétéria des soignants, les chambres des malades ; dans les locaux des associations de plusieurs pays d'Afrique, en Haïti, au Cambodge, aux États-Unis ; dans les salles de repos, les infirmeries, les pharmacies communautaires. J'ai recueilli dans ces lieux informels de nombreux matériaux qualifiés de « matériaux extraits des coulisses » au sens que leur donne Goffman : « Les coulisses » constituent « un lieu où l'on a toute latitude de contredire sciemment l'impression produite par la représentation [...]. C'est là que l'acteur peut se détendre, qu'il peut abandonner sa façade, cesser de réciter un rôle » (Goffman, 1973). C'est à l'occasion de ce temps de vie en immersion que m'est venue l'idée de documenter les demandes de reconnaissabilité (Butler, 2009) de personnes dont la

vie précaire, fragile, disqualifiée biologiquement était difficile à appréhender si je leur proposais d'en être le seul témoin survivant. Exposée à des situations dépassant le cadre normatif habituel de la production de connaissances scientifiques, je me suis engagée dans une tentative de construction de traces mémorielles afin de ne pas laisser les survivants traumatisés et aussi ceux qu'on laissait mourir ou qu'on renvoyait des hôpitaux seuls avec leurs expériences indicibles.

Notre présence sur les terrains les plus précaires a également amplifié chez les malades que nous avons rencontrés un désir de narration de soi et de mise en mots de leur expérience. Dans la mesure où une des plus grandes souffrances qui nous ont été exprimées concernait la peur d'être oublié quand on meurt du sida à cause du silence sur cette maladie, il nous a été demandé dans plusieurs associations de malades au cours de nos séjours de travail en Afrique de bénéficier d'un entretien de type testamentaire sous forme de récit de vie avec prise de photos. Ce dispositif de recueil de récits non orienté par une intention de connaissance du chercheur permettait aux personnes interviewées de s'emparer d'un autre type de conduite de l'entretien. Cette narration de soi représentait une des sorties possibles des « liaisons morbides qui bloquaient l'activité du sujet » (M'Uzan, 1977). En parlant d'eux, les malades transformaient leur vécu en moyen de vivre une autre vie dont ils choisissaient la temporalité.

## 1. RÉCIT DE SOI, USAGE DE LA VIDÉO : UNE AUTRE IMAGE

Je me propose de réfléchir aux liens entre ma pratique clinique et l'usage de la vidéo à partir d'une expérience de travail filmique conduite depuis les années 1996 à ce jour. J'y évoquerai à la fois les aspects mémoriels que ce travail produit mais aussi les traces qu'il

laisse adressées à autrui, au monde et à soi. La construction progressive de mon dispositif de recueil de traces sonores, filmiques, m'a conduite au désir d'introduire dans la recherche de type biographique et clinique un questionnement sur les modalités de recueil d'un récit thérapeutique à des visées de témoignage. En effet, il existe un engouement actuel pour les récits de malades mais les dispositifs de type narratif utilisés pour les recueillir montrent une transgression permanente des frontières entre remémoration et interprétation visant à faire disparaître la référence à la réalité derrière la narration. En posant avec force que nous n'accédons jamais à la réalité mais à la description qu'en fait le sujet dans son récit, les postulats des courants biographiques éliminent la question de la preuve des événements qui se trouvent masqués par les théories de la narration, permettant ainsi à certains faits d'échapper à l'histoire collective par l'absence de confiance accordée à la parole et au récit des sujets qui relatent ce qu'ils vivent, ce qu'ils éprouvent et ce qui se passe.

L'enregistrement filmique ne fonctionne pas sur le mode de la capture instantanée mais s'appuie sur une temporalité nécessaire à la fois à l'appréhension du sujet qui s'expose à une opération d'enregistrement de certaines traces de sa présence au monde et aussi au processus d'appréhension que traverse l'interviewer qui doit être prêt à laisser surgir et pouvoir accueillir, voire contenir, les inattendus du récit. Le recueil d'une histoire de vie par la médiation d'une activité de tournage filmique contient des éléments qui illustrent l'énergie psychique mobilisée par un sujet humain face à la souffrance, la maladie, la mort, la rémission. La caméra tourne et les dialogues portent sur les contenus de thèmes qui viennent nourrir un questionnement, à la fois pour celui qui conduit l'entretien filmé et aussi pour celui qui en est le personnage principal. La mise en scène est au service d'un spectateur dont on ne sait rien et en ce sens elle suscite un sentiment de solitude absolue chez les deux partenaires de ce travail filmique qui travaillent ensemble à développer un propos et un récit en se demandant de quoi ils vont parler, si ce qu'ils racontent va pouvoir être entendu, si leurs souvenirs sont fiables, si l'image

n'est pas un catalyseur d'émotions. Quand l'autre invisible disparaît, on voit que l'oubli de ce tiers invisible fait prendre le risque de la fusion mais qu'à ce moment, le récit devient l'histoire du sujet. Ce sont ces moments de bascule que j'essaie de privilégier au montage qui fonctionne alors comme une reconstruction dans l'après-coup assez proche de l'analyse de l'analyste. « Suivre une histoire, c'est avancer au milieu de contingences et de péripéties sous la conduite d'une attente qui trouve son accomplissement dans la conclusion », explique Paul Ricœur (1983, 104).

Les thèmes du récit d'une histoire, qui porte sur la question de la mort et de l'effraction du corps par l'attaque de la maladie, voire par la présence des traces de l'autre en soi, ce virus du sida ou ce greffon qui est le rein du père, montrent les limites de la toute-puissance et permettent de mieux comprendre la répulsion à l'égard de toute imagerie médicale qui impose une image d'un soi en soi qui peut se dire mais ne peut pas se donner à voir. Les évolutions technologiques ont rendu visible l'intérieur des organes. La radiographie a pour particularité de faire apparaître les os en blanc et les masses molles du corps en noir. Un organe, pour être photographié, nécessite l'injection dans une veine d'un produit (scintigraphie). Quand le patient regarde l'échographe opérer, il le voit en train de faire des arrêts sur image incessants, au sens où ce sont ces arrêts sur image qui deviennent des clichés livrant la vérité sur un symptôme ou sur une maladie. L'imagerie médicale informe le clinicien qui seul est autorisé à dire ce que ces images, ces coupes, ces arrêts sur image signifient, quitte à en demander d'autres si son regard clinique nécessite encore plus d'images, commandant ainsi au technicien d'aller regarder sous les parois d'une masse, au creux d'un pli viscéral... Là où le regard outillé se pose, le corps disparaît en tant qu'objet d'un éprouvé corporel... On ne demande plus au patient où il a mal, on ne lui demande plus rien, on lui prescrit une radiographie, une IRM, une scintigraphie. La médecine est devenue une médecine de l'imagerie et en ce sens on peut reprendre la méfiance de Freud à l'égard de l'image, sachant qu'il ne parle jamais d'image mais de langage.

## *Processus de création et processus cliniques*

L'analyse des rêves est un produit narratif qui ne traite que de récits. Les traces d'un rêve, ce sont des mots et non des images.

### *L'image fait-elle la différence ?*

Je présenterai mon activité de réalisation filmique sous la forme d'un travail de reconstruction intégrant une part d'autoanalyse. J'essaierai de montrer en quoi j'ai eu le sentiment que la production filmique dans toutes ses étapes soutenait un processus clinique de découverte mais aussi d'auto-présentation d'un soi singulier : un soi modifié par la maladie pensée comme un déclencheur de la créativité du sujet qui, sans elle, est condamné à rester l'objet de l'intervention d'un autrui médical sur soi. Dans l'approche clinique, ce sont les mots qui sont privilégiés. Dans l'usage de la vidéo, il y a l'image, l'image de la personne qui dit, l'image du corps, l'image de celle ou celui qui narre son histoire, celle de sa maladie, de ses doutes, de ses questionnements qui émergent justement parce qu'il y a une caméra, une personne qui réalise un film, un sujet et un public anticipé. Dans ce processus, l'image fait-elle différence ? L'image reste comme une trace d'une vie qui a été. Elle fait transmission.

Après plusieurs décennies de partage de vie et de travail avec des malades, j'ai eu envie de reprendre un itinéraire de recherche. Je suis arrivée dans la communauté scientifique en apportant avec moi mes matériaux de recherche parmi lesquels il y avait des photographies et des films visant à documenter un certain nombre d'événements négatifs d'ordre sanitaire survenus dans différents endroits du monde où j'avais travaillé comme écoutante, formatrice, chercheuse de terrain engagée dans la lutte contre les inégalités d'accès au soin, voire comme « consultante embarquée » par des organisations humanitaires pour documenter des faits sociaux négatifs et désastreux ou recueillir les besoins des populations par le biais d'immersion et de mise en place de dispositifs d'écoute. Comme dans les actions de plaidoyer au droit à la santé et à la vie pour tous, il fallait documen-

ter les situations rencontrées. Il m'est venu *a priori* spontanément à l'idée d'utiliser des outils comme la photographie, l'enregistrement sonore et filmique. C'est en analysant dans l'après-coup ma démarche clinique, scientifique et politique que j'ai pris conscience des faits énoncés ci-après.

Je peux dire dans l'après-coup que filmer répondait à des intentions conscientes de ma part dont certaines étaient d'ordre défensif : je voulais être sûre que ce que je voyais existait et était vrai (scènes et situations insoutenables). Je pensais qu'il faudrait témoigner un jour de ce qui s'était passé en pleine épidémie de sida. Des malades en fin de vie me demandaient de les représenter après leur mort et de continuer leur combat. Une jeune fille de dix-sept ans m'a expliqué au Burkina ce que cela voulait dire pour elle de me parler et de demander à ce qu'elle soit prise en photo : « Le plus dur pour moi ce n'est pas de mourir, c'est de savoir que, comme je serai morte du sida, personne ne parlera de moi après ma mort, car ici c'est comme cela ! » Ce n'est que petit à petit, quand les malades ont commencé à survivre, que j'ai fait entrer une dimension de recherche dans mes films et que j'ai conduit un autre type de travail. Il ne s'agissait pas de mettre à distance les événements professionnels que j'avais vécus mais d'explorer leurs effets transformateurs au sens où ils avaient enrichi ma réalité psychique en me donnant accès à de nouvelles manières d'expérimenter et de penser le monde. J'ai repris une tranche d'analyse, ce qui m'a permis de revivifier des espaces psychiques qui avaient été un peu « gelés » (*freezing*) à l'occasion de situations dans lesquelles je m'étais trouvée impuissante à pouvoir agir sur les cadres qui distribuent les conditions de reconnaissance et de qualification biologiques de ceux qui ont accès au droit à la vie et à qui on délivre des médicaments de ceux qu'on laisse mourir.



*Construction de l'image, construction d'une mémoire*

Je vais essayer de présenter la construction d'une posture et d'un travail cliniques montrant la force de l'image comme trace mémorielle tout en décrivant comment se construit un tournage filmique à partir de la place de chaque personnage, y compris le spectateur qui est toujours là quand on tourne. Filmer et être filmé, c'est se situer et être situé soudainement dans un mode d'adressage à autrui. Je prendrai des exemples de tournage et de récits de soi dans lesquels le fait d'utiliser différentes techniques de filmage, de montage, me font dire qu'ils sont analogues à des choix cliniques ayant trait au cadre (cadrage), au travail de perlaboration (montage), et sont traversés par une dynamique transférentielle et contre-transférentielle régulée par des modes d'échanges filmés. (J'évoquerai aussi quelques actes manqués et échecs qui m'ont permis d'avancer dans mon travail d'entretien filmique en montrant à quel point réaliser un film c'est aussi traverser un espace d'activités psychiques très différentes pour moi du travail d'écriture (Cifali, 2001). L'image mobilise le regard. La caméra fonctionne comme un troisième regard (il y a souvent deux caméras mais le sujet ne peut regarder qu'une à la fois).

La capture de l'image est parfois ressentie comme une emprise par le sujet filmé qui s'y dérobe au dernier moment. L'image filmique crée un dispositif qui oscille entre distance et proximité (quand faut-il faire un plan rapproché, à quel moment et pourquoi ?). J'ai souvent pensé aux recherches pédagogiques qui ont été conduites en Allemagne après Auschwitz et à des écrits de chercheurs qui expliquaient les usages et les effets contre-productifs des films de témoignages utilisés dans les écoles. J'ai pu relire des extraits de la conférence d'Adorno donnée en 1966 sur les usages de la mémoire historique en éducation, les processus de pédagogisation du souvenir. En effet, quels sont le statut et l'utilisation faite des événements historiques douloureux ? Comment faire pour qu'un événement historique devienne une partie de la mémoire de groupes sociaux et

comment faire face à la mise en compétition de certains événements douloureux historiques avec des souvenirs concurrents (Zymek, 2008) ? L'image comme preuve a été utilisée au procès de Nuremberg dans la mesure où il fallait produire des documents ayant le statut de preuve. Or « cette recherche de preuves a été dès le début élargie aux sources filmiques, sachant que la quête, la présentation et la réception de celles-ci ont posé des problèmes en partie inédits aux cinéastes, aux juristes et aux historiens concernés par une telle procédure » (Delage, 2001, 65).

Une maladie comme le sida donne encore lieu aujourd'hui à des journées nationales de commémoration dans tous les pays du monde (la journée du sida). Des archives et banques d'images à visée commémorative et éducative sont en train de se constituer. Les activités de commémoration en lien avec le sida utilisent les images, comme par exemple le Projet des noms (*Names project*). En effet, les malades du sida ont démarré la confection d'un *quilt* géant en 1985 pour s'opposer aux refus des services mortuaires d'enterrer et de manipuler les corps des morts du sida. Ce refus a été l'occasion d'un défi moral collectif posé par les malades qui ont organisé des veillées funèbres dans les espaces publics, y compris devant la Maison-Blanche en déployant un patchwork de plusieurs milliers de carrés de tissus assemblés, chacun de la taille d'une tombe, pour célébrer et préserver le souvenir et la mémoire de ceux qui avaient été exclus du droit à un enterrement. Le fait d'écrire le nom ou le prénom de la personne disparue, de choisir une photo, des cheveux, un bout de vêtement, un nounours, était une réponse symbolique face à la honte et à l'interdit du deuil imposé par la société aux proches des morts du sida, utilisant ainsi l'affect comme instrument d'indignation politique. À ce jour, le *quilt* comprend plus de 48 000 panneaux de tissus, il est devenu un monument d'archives pictural de l'histoire du sida dont la fonction commémorative est toujours très active.

## 2. UN TRAVAIL DU REGARD

Les trois intentions conscientes qui ont déclenché mon désir de filmer ont assigné à mes films trois fonctions différentes que je distinguerai, sachant que le réalisateur peut dire quelque chose de ce qu'il pense être sa démarche, mais celle-ci, de par le simple fait qu'elle est adressée à autrui, ne présage en rien des fonctions que cet autrui lui assignera. Je résumerai donc mes intentions sous la forme de trois questions en les transformant dans un langage qui combine le langage filmique et le langage de la clinique : « Ce que je vois existe-t-il vraiment ? (Le travail de capture du réel avec l'image) » ; « Qu'est-ce qui s'est passé et qu'on aurait envie de cacher ? (Le travail de dévoilement) » ; et « Ceux qu'il ne faudra jamais oublier (Le film d'hommage). »

### *Ce que je vois existe-t-il vraiment ?*

Cette question est survenue chaque fois que ce que je voyais ou entendais était de l'ordre de l'insoutenable pour moi mais aussi pour la personne filmée ou photographiée. Avec le sida, l'insoutenable était amplifié par la condition corporelle des malades mourants que j'ai rencontrés, avec qui je me suis entretenue et que j'ai photographiés. Voici ce que cette question fait remonter à la surface sous la forme de souvenir quand je me la pose, et je me permets de livrer au lecteur le souvenir sûrement déformé par différents filtres ayant trait à l'autocensure protectrice et défensive à l'égard de moi-même mais aussi des lecteurs (il y a toujours un travail psychique d'élaboration face à l'insoutenable et à l'angoisse suscitée par l'horreur).

Je suis au Kenya, en août 2005 et avec Eric, un malade militant associatif dans le cadre d'une mission humanitaire, je visite un compost sur lequel vivent quinze familles près du lac Victoria, à la limite de la frontière de l'Ouganda. La femme qui nous accueille nous fait

visiter le petit domaine familial. Nous découvrons sur le terrain des cabanons en tôle ondulée, possédant une porte en bois vert clair sur laquelle il y a un cadenas. Je demande ce que sont ces petites maisons et je ne fais pas la gaffe de dire qu'elles sont jolies ou ceci ou cela. La femme nous explique que toutes ces maisons ont été fermées parce que les gens qui y habitaient sont tous morts du sida. Elle ajoute que depuis quelques mois, la communauté n'a plus assez d'argent pour acheter des cercueils alors les croix en bois que l'on voit sur le terrain, eh bien ! ce sont des tombes ! Je me surprends alors, après avoir demandé la permission, à prendre des dizaines de photos des maisons et des croix (je prends les mêmes en double et en triple !) qui sont sur le terrain. Ensuite, je demande à cette femme si je peux la prendre en photo avec les seize enfants orphelins dont elle a la charge. Ces images sont déjà lourdes en elles-mêmes, car elles témoignent de la douleur, de la souffrance, de l'injustice, mais l'intolérable va s'amplifier quand cette femme va m'expliquer que les enfants vont chercher tous les jours l'eau au lac, que celle-ci est très salée et que le lac contient les corps mis à mort des opposants au régime ougandais.

Ces photographies vont me hanter pendant des années, nous allons nous en servir pour exposer les besoins des associations de lutte contre le sida au Kenya. Je les utiliserai lorsque je ferai ma déposition au Parlement européen à Bruxelles pour déclencher une adhésion au fait d'obtenir des traitements pour l'Afrique. Elles gardent leur caractère d'horreur, d'insoutenable, et en même temps j'y suis très attachée.

Une autre image prise sera celle de Peterson qui passe ses derniers jours, allongé sur un matelas dans une association d'accueil de malades du sida au Burkina. Il est amaigri, décharné et il me demande de le prendre en photo pour que je puisse construire un plaidoyer en faveur de l'accès au traitement en Afrique à mon retour en France. L'insoutenable ici consiste déjà à savoir comment m'y prendre pour photographier un corps aussi décharné. Dois-je faire un gros plan, une vue d'ensemble, prendre le corps de face, de dos ?

Je ne sais pas comment faire, alors je demande à Peterson comment il veut que je procède. Il m'explique que si je l'aide, « on pourra présenter la chose sous toutes ses faces », je lui demande pourquoi il est d'accord pour que cela soit moi qui le fasse. Il me répond : « Je t'ai vue parler hier et ce matin ici et tu n'es pas tout à fait comme un Blanc, car tu t'assieds par terre ! » (La question que je lui pose est l'équivalent du recueil du consentement et de la cession de ses droits à l'image qu'habituellement en recherche et en journalisme on demande à un sujet filmique de signer).

Peterson va me donner une idée : prendre des photos de lui en restant assise par terre pour éviter les effets de contre-plongée qui donneraient une image obscène de son corps décharné. Comme j'ai un appareil numérique acheté exprès pour mes missions en Afrique, je me demande si je dois lui montrer les photos que je prends, mais de fait la question n'a pas le temps de se poser, car après quatre photos Peterson, épuisé de parler, s'endort. Je remonte le drap sur lui et je me m'interdis de prendre cette dernière photo de lui où il paraît plus détendu. Peterson décédera quinze jours plus tard.

J'utiliserai sa photo avec celles prises au Kenya au Parlement européen à Bruxelles. Le public de députés européens évoque les images des camps de concentration, en voyant les images de Peterson. Je lui rendrai ainsi hommage dans plusieurs congrès. L'insoutenable de la photographie de Peterson sera pour le public, mais pas pour moi, car j'ai partagé du vivant, du corps, des regards avec Peterson. Je me dis dans l'après-coup que l'insoutenable dans les images de capture du réel pose problème, car ce qui ne peut se soutenir du point de vue de celui qui cherche à documenter le réel peut être ingéré par le public de manière inversée.

À ce sujet, j'ai été souvent surprise des réactions du public qui s'attachait à des détails filmiques comme le lieu où avait été tourné le film et qui en tirait des conclusions sur une réalité qui ne correspondait pas à la réalité montrée. L'erreur de mes premiers travaux filmiques venait souvent de la tentative esthétisante de filmer une chambre, un décor de vie, un visage, en utilisant des techniques

d'éclairage qui peuvent tamiser une lumière naturelle d'une chambre ou au contraire éclairer une zone sombre, c'est-à-dire transformer ce qui est. Filmer comme les choses sont et comme les gens sont est donc extrêmement difficile, surtout quand on travaille avec une équipe dans laquelle il y a une personne en charge de l'éclairage. J'ai beaucoup de mal à supporter les exigences de ceux qui sont en charge de la lumière ou de la disposition des caméras quand il y en a plusieurs. La formation des cadres, des éclairagistes est souvent une formation privilégiant un regard esthétisant, alors que je veux saisir le monde tel qu'il est du point de vue de celui qui parle.

Si le lit est défait, pourquoi le refaire sous prétexte qu'on filme ? Pourquoi ranger les affaires du malade, ou en enlever certaines sous prétexte que le regard du spectateur va être parasité par les objets qui sont là disposés dans un espace qui est ce qu'il est, c'est-à-dire l'espace d'un être humain qui l'habite et qui l'organise à sa guise. C'est toujours violent quand on demande à un malade si l'on peut, pour des raisons filmiques, modifier, déplacer ses propres objets. Quand je fais cela, j'ai l'impression de bouger – manipuler –, d'effacer les objets internes de l'autre, ce qui pour moi représente une transgression des règles du travail clinique. Filmer, c'est donner à voir ce que l'autre regarde, en l'occurrence l'interviewer ou le photographe assisté d'un œil électronique, d'un enregistreur. Être filmé, c'est s'abandonner à un autrui qui prend des décisions par le biais d'un parti pris filmique. Pour ce qui concernait mon travail, il s'agissait de donner à voir et à entendre, parce que j'avais l'intuition que la société ferait tout pour oublier ces vies perdues de femmes, d'enfants et d'hommes morts du sida et abandonnés à leur sort.

*Ce que j'ai envie de montrer et aussi de cacher  
(Un travail de dévoilement raisonné)*

Le tournage tel que je l'investis est très proche d'une posture d'accompagnement mutuel. Face à et avec le sujet qui « parle »,

j'essaie de me maintenir dans la construction d'une écoute qui permette à l'autre de se dire, non pas seulement à moi mais à un autrui présent-absent (le dispositif technique montre bien qu'il faut à la fois regarder la personne qui conduit l'entretien et jamais la caméra en face et pourtant c'est la mémoire de la caméra qui fait loi). Il y a un usage d'une sémantique de l'action filmique qui permet de ne pas oublier qu'on se parle et s'écoute à deux pour un tiers. Ce dispositif est illustré par les lois du tournage sous la forme de scansion : on démarre à partir de la lumière rouge des caméras et d'un clap de départ auxquels s'ajoutent des contraintes techniques de l'entretien filmique. Comme le public n'a pas forcément accès aux questions posées par celui qui conduit l'entretien (parti pris filmique), le sujet filmé doit reformuler la question posée, or il faut toujours trouver un moyen pour ne pas créer un état de « confusion des langues » et pour continuer à savoir qui parle à qui sur quoi et de quoi ? J'ai, pour ce faire, inventé une langue des signes pour communiquer avec la personne pendant qu'on tourne et ne pas la couper avec du langage sonore tout en lui permettant de continuer à développer sa pensée sans intervenir comme interviewer sonore. Ainsi je fais un cercle avec mes mains vers l'avant pour dire à la personne qui s'exprime : continuez, développez... Je mets mes deux pouces en l'air devant moi pour dire : formidable, je vous sens au cœur de ce que vous semblez vouloir dire, je croise mes deux index pour dire : on va s'arrêter, faire une pause bientôt... je vous sens fatigué...

Dans la division du travail filmique, le sujet filmé est donc un sujet actif dans la production d'un récit d'expérience qui ne recoupe pas la totalité de l'expérience qu'il a vécue, mais sa parole à un temps « t » sur comment il a vécu ce qu'il décrit et sur comment il a envie de décrire ce qui s'est passé en direction d'un autrui qui n'est pas seulement la personne qui recueille son témoignage. Dans le travail de montage, qui est un travail d'analyse, on peut voir par le biais de l'analyse de l'image à quel moment le sujet s'adresse à lui-même (auto-verbalisations), à quel moment il s'adresse à la personne qui conduit l'entretien et à quel moment il s'adresse au public supposé.

La question éthique et pédagogique devient alors : « Que peut-on dévoiler, que doit-on cacher ? Qui décide des séquences à garder au montage ? » J'ai en partie résolu la question en découvrant qu'un seul tournage pouvait constituer la matière de plusieurs films, à tel point que, dans le film présenté, il y a souvent en arrière-plan des films cachés ou non autorisés par le sujet filmé ou impossibles à montrer pour des raisons de préservation de la sécurité de la personne. Pour faire référence au travail clinique, je m'aperçois souvent que certains matériaux qui sont apparus tout naturellement au cours du tournage deviennent des matériaux laissés pour compte au cours du montage, des matériaux dématérialisés non mobilisables.

Parler des opérations de dévoilement ne peut pas se faire sans évoquer les opérations de retrait, de coupures opérées sur certaines séquences. J'en donnerai ici un exemple qui m'est arrivé récemment et qui était un film de plaidoyer en faveur de l'usage des tests rapides de dépistage du VIH et du VHC commandé par une association qui désirait s'adresser à la communauté des jeunes homosexuels en matière de prévention.

Un jeune homme d'origine russe, appelons-le Dimitri, voulait témoigner en direction des jeunes homosexuels et il voulait faire part de son expérience de l'usage des tests de dépistage rapide du sida et en quoi un test lui avait évité une contamination. Au fur et à mesure qu'il avançait dans son récit, il évoquait, avec des précisions de plus en plus fines, son vécu quotidien, notamment son expérience de prostitution, ses prises de risques et le rejet subi de la part de sa famille adoptive quand son homosexualité est devenue explicite, et enfin son expérience de prostitution masculine qui a été, selon ses mots, « une bonne expérience » en termes de socialisation, d'éducation et qui a servi son développement personnel.

Après le tournage, nous nous sommes aperçus que de fait nous avions de la matière pour faire au moins deux ou trois films, mais qu'en revanche si l'on mettait la totalité du récit dans le film sur la prévention, nous allions réduire les identifications possibles, créer du doute dans l'esprit du public et donc ne pas tenir notre engagement



filmique d'éducation préventive par le témoignage. J'ai donc dû découper le récit de Dimitri et retirer du montage ce qui pouvait desservir la première intention de prévention. Il m'a fallu accepter de retirer une partie de l'histoire, non pas celle de l'homosexualité, qui au contraire servait le message du film, mais celle de la prostitution et du vécu d'adoption. C'est dans ces moments-là que je me sens dans une situation douloureuse qui a trait au travail de dévoilement censuré tout en devant préserver un espace d'archivage abritant un fragment de l'histoire d'autrui. Dimitri a besoin de savoir qu'il y a à sa disposition dans des archives une part de narration de soi mobilisable à un autre moment pour lui, et qu'il peut la donner à effacer, ou la donner à garder. Mais je ne peux pas, moi, décider de l'effacer.

Des questions sont toujours itératives dans le tournage, équivalentes à des questions que nous nous posons dans le travail d'analyste : « Qu'est ce qui fait qu'on est allé aussi loin ensemble ? Quelle a été la dynamique transférentielle en jeu dans l'entretien qui a suscité tous ces souvenirs, assemblages, associations et expressions ? » Mais aussi : « Cela est-il causé par l'existence d'une simple caméra qui filme ? À qui s'adressait Dimitri ? » Si j'interroge ma mémoire sans la confronter à celle de la caméra, je me souviens que d'emblée, quand j'ai vu ce jeune Dimitri parlant avec un fort accent russe, j'ai éprouvé bien des émotions. Je me suis clairement représenté son travail associatif, mais j'ai aussi entrevu un petit garçon « peu préservé » par la vie.

Chaque fois que je dois tourner un sujet filmique ayant trait au sida, je suis toujours ébranlée, car ces films, quel que soit leur thème, viennent s'inscrire dans ma mémoire vivante du sida qui représente plus de trente ans de ma vie au titre de mon histoire professionnelle, militante et personnelle. À un moment de mon parcours psychanalytique, j'ai découvert que j'avais acquis une psychologie de personne séropositive : – je pensais comme ; – je raisonnais comme ; – je ressentais comme ; je voyais la vie à travers le sida, j'étais passée de l'autre côté du miroir. Cela m'a pris trois ans d'analyse pour me défaire de cette identification qui d'ailleurs a eu des bénéfices secon-

## *Clinique de l'écouté et clinique de l'image*

daires pour moi. Quand je filme sur le sida, cette identification revient immédiatement au-devant la scène. Cela laisse à penser que toute personne engagée dans une telle rencontre devient l'autre de l'autre, et ce n'est qu'en étant cet autre que nous pouvons filmer et conduire des entretiens qui abordent des thèmes aussi exposés que la mort, la terreur, la colère, la mise à mort, et bien sûr la vie qui va avec.

### *Ceux qu'il ne faudra jamais oublier (le film d'hommage)*

En 1996, lorsque la trithérapie est arrivée, j'ai voulu tout de suite réaliser un film visant à décrire comment les gens qui s'étaient préparés à mourir avaient des difficultés à reprendre les fils de la vie, de leur vie, surtout quand leur partenaire de vie venait de mourir. J'ai voulu faire ce film car c'est ce que j'entendais et voyais autour de moi. Tout le monde disait : « La trithérapie c'est génial », et moi je voyais que la promesse thérapeutique n'était pas assortie d'une promesse sociale et que rien n'avait été prévu pour la survie de personnes dont on avait prévu la mort, notamment au niveau social, juridique, de leur couverture médicale et de leur employabilité.

J'ai filmé des couples malades, des mères et des enfants contaminés, des personnes seules et endeuillées qui se sentaient coupables de survivre à leur partenaire. Au cours de ce temps filmique, j'ai senti que le retour à la vie après une mort programmée serait un événement douloureux, exigeant un énorme travail psychique de la part des malades « ressuscités ». Ils se sont mis à parler de choses auxquelles personne ne s'attendait comme l'impossibilité de l'éradication du chagrin, le désir de faire un enfant tout de suite ou de réclamer au tribunal l'enfant donné à l'adoption parce qu'on pensait qu'on allait mourir, les sentiments mitigés et la difficulté à se remettre à vivre alors qu'on avait tout lâché, tout vendu et vidé ses comptes en banque. Bien sûr, ils ont aussi parlé de la joie de se sentir à nouveau vivants, de reprendre du poids, mais le message fort du

film est celui qu'exprime Lionel quand il dit : « La trithérapie c'est bien mais il faut aussi inventer la vie qui va avec ! »

J'ai pensé qu'il faudrait une mémoire de cela et donc j'ai fait un film (Tourette-Turgis, 1998) en me disant qu'il faudrait qu'on se souvienne de ces héros qui, comme le dit l'un d'entre eux dans le film : « C'est comme si on revenait de la guerre ! » Effectivement, il y avait un climat d'héroïsme dans ce film et des émotions fortes soulignées au montage par la musique qui est la musique composée par un des personnages du film. Tous ne vont pas survivre, Lionel. Cette mort m'a été douloureuse, et ce d'autant plus que Lionel m'avait demandé plusieurs fois (il était instituteur et grand militant de la lutte contre le sida) de continuer le travail commencé avant sa mort et d'enseigner à tous que le « sida, qu'on soit positif, malade ou indétectable, on l'a pour toujours, il change tout et pour toujours et cela jusqu'à la couleur des arbres » (extrait des paroles de Lionel dans le film).

Là où un exposé théorique donne des orientations, l'image donne du vivant un ensemble de perceptions visuelles et sonores organisées pour mobiliser un autre type d'appréhension du monde. Néanmoins, écrire un texte est une procédure présentant des analogies avec la réalisation filmique, comme par exemple les opérations de montage, de coupures, de retraits. Ce qu'apporte l'image en plus du récit textuel, c'est le fait que le passage à l'écran fonctionne parfois comme si c'était l'image qui nous regardait. L'image donne à voir et elle nous regarde, elle est voyance et voyante, ce qui peut la rendre intolérable pour le sujet à qui elle appartient comme image de soi.

### 3. UNE CLINIQUE DE L'ÉCOUTE

Quel est le type d'écoute requis dans un cadre où il s'agit d'interviewer des personnes qui vont permettre à d'autres de découvrir ce qu'est la maladie expérimentée ? Comment se déroule un entretien ?

## *Clinique de l'écouté et clinique de l'image*

À quel moment les censures apparaissent-elles, à la fois dans les questions de l'intervieweur et aussi dans les réponses du sujet ? Quel est le statut de ces instants de censures ? À qui et à quoi servent-elles ? S'agit-il de les travailler comme des résistances, c'est-à-dire en les interprétant au bon moment ? Par quoi l'image filmée apporte-t-elle davantage que la parole ? Ce sont des questions sur lesquelles je souhaite me pencher.

Dans ce travail, je me suis sentie seule au sens où endosser le statut de personne valide en face d'une personne dont la maladie évolue gravement, et ce de manière répétée, a laissé des traces et des séquelles dans mon appareil psychique qui m'a habituée à penser la présence de l'autre en termes de traces visuelles et sonores, à mémoriser pour continuer à le faire exister dans le continuum des êtres humains. Je souhaite aussi explorer la complexité du travail de l'entretien filmé et montrer comment s'y associent une clinique de l'écoute et une clinique du regard au sens où, quand je « tourne », je suis mobilisée à la fois par ce qui se donne à entendre et tout autant par ce qui se donne à voir puisque lors du montage ce seront de fait les contraintes de l'image recueillie qui l'emporteront sur les contraintes de ce qui se donne à entendre. Je suis en train d'étudier de nouvelles possibilités technologiques lors du montage qui, en soi, fonctionne comme un texte ou une mise en scène, comprenant un rythme, des pauses visant à donner la possibilité à celui qui regardera d'exercer son attention comme fonction lui permettant de contenir les pensées et les affects inhérents à la communication de l'expérience.

Le travail filmique est différent du travail analytique, mais les deux partagent des points communs du point de vue du sujet qui les conduit. Mener un travail analytique et parler de celui-ci mobilise des fonctions très différentes. De même filmer et parler de ce que l'on fait quand on filme mobilise des fonctions très différentes. Cela pose la question suivante : l'objectif de la restitution d'un travail analytique conduit par un analyste, est-ce restituer le processus analytique ou décrire ce qui s'est modifié chez l'analysant ? L'objectif de

la restitution d'un travail filmique, est-ce restituer le processus de construction du film ou décrire en quoi l'expérience du filmage a modifié chez le sujet filmé sa perception de soi et son rapport à sa propre expérience ?

Celui qui réalise un film vit le travail de montage comme un travail clinique l'incluant dans l'analyse de ce qui se passe, permettant à l'autre de se dire, se redire, se dédire. Ses partis pris montrent à quel point celui qui filme ne peut qu'accepter de prendre en partie la place de cet autre (l'autre de l'autre) ou tout au moins accepter d'être son « *nebenmensch* » (Schneider, 2011).

### *Ce que l'image permet*

Ce que l'enregistrement sonore et visuel permet, c'est le recueil des traces de postures, de gestes, de mimiques, d'expressions faciales, bref d'éléments corporels extra-verbaux qui contribuent largement à l'intercompréhension située. L'audiovisualité produit une situation d'adressages multiples. En regardant la caméra, le sujet parle pour un autrui absent qui peut momentanément être une surface de projection.

En étant sollicité au cours de l'entretien par celui qui l'interviewe, le sujet filmé parle à quelqu'un qui est présent et qui peut fonctionner comme facilitateur ou comme obstacle. C'est en cela que j'ai revécu des situations proches de la situation analytique. En effet, quand je conduis l'entretien filmé, je suis dans une écoute perlaborante au sens où tout en écoutant j'associe, je ressens, j'accueille ce qui est dit, ce qui m'est dit, en pressentant parfois ce qui restera comme matériau et ce qui aura le statut de trace enregistrée. C'est la raison pour laquelle j'utilise la fonction de répétition, ce qui concrètement veut dire que je pose la même question plusieurs fois au début, au milieu, à la fin, de manière à restituer les matériaux d'entretien qui semblent le mieux habiter le sujet filmique. Quand la personne commence par se présenter au début d'un tournage, on voit la peur, le

visage tendu, face à la caméra, et petit à petit les scansionnements changent, plus rien n'arrête la personne, la caméra est oubliée et si on demande à la personne de se présenter une deuxième fois, les matériaux sont plus denses, mais aussi plus fluides en termes de communication. Le sujet dit peut-être la même chose mais autrement dans sa posture corporelle. Par exemple, en début de tournage, le sujet filmé est souvent gêné par le troisième œil, celui de la caméra qu'il finit par oublier mais jamais vraiment, car sinon comment expliquer que les choses les plus importantes, les plus intimes émergent lorsque le son et l'image sont coupés. Les matériaux recueillis en « off » font le malheur de celui qui pense avoir recueilli des propos qui feront histoire. Tout se passe comme si l'appareil psychique était allergique à la capture d'images du soi. Filmer, c'est accepter la scansion et la censure. Comment expliquer que lorsque je filme, il y a des questions que je n'ose pas poser « caméra en action » et que je pose à la fin de la séquence filmique ? Parfois, la pensée n'est plus accessible face à la caméra, le sujet se sent bloqué.

Je vis la pratique du montage comme une instance organisatrice m'invitant à mettre en débat ce qui est de l'ordre de la réception des messages et ce qui ressort de la transformation de leur charge affective. Le film, quand il aboutit à une production, est un donné à voir et à entendre pour autrui, c'est-à-dire un spectateur qui transformera des données sensorielles, perceptives, motrices, visibles à l'image en images mentales qu'il intégrera ou non dans ses propres espaces psychiques. Grâce aux avancées technologiques, la moindre caméra et le moindre micro enregistrent avec précision les mimiques, les gestuelles, les intonations sonores, les silences, les rythmes physiologiques de la respiration. Cela a pour effet que filmer, c'est tout autant agir qu'être agi, au-delà de n'importe quelle intention filmique. Le cadrage devient alors le dépositaire d'une immobilisation des parties psychiques non convoquées.

En ce sens, s'autoriser en tant qu'être humain à filmer un autre être humain repose sur la rencontre de deux psychismes soumettant chacun d'entre eux à une expérience et à des tensions imposant une

## *Processus de création et processus cliniques*

nécessaire élaboration. Le second travail consiste pour le réalisateur à s'autoriser à produire et diffuser des traces visuelles de l'humain en situation d'extrême précarité biologique, sans susciter l'horreur qui déclencherait de la répulsion et de la mise à distance. Cela suppose d'humaniser ce qui se donne à voir mais alors comment faire ? Par quelles opérations de pensée et de retour sur affect celui qui filme ou photographie peut-il à la fois anticiper les sentiments négatifs du public qui regardera ces photos ou ces films et en même temps rendre compte d'un réel qui se déroule sous ses yeux ? Roland Barthes, dans la *Chambre claire*, montre que la photographie mobilise la temporalité sous une forme singulière de par sa capacité à parler de ce qui aura été : « Elle ne dit pas ce qui n'est plus mais seulement et à coup sûr ce qui a été » (2005, 133).

C'est dans l'après-coup de mon travail de recueil de matériaux que j'ai eu connaissance de ces réflexions de Barthes qui écrit à propos de la photographie d'un prisonnier attendant sa mort par pendaison dans une prison américaine : « Je lis en même temps : cela sera et cela a été ; j'observe avec horreur un futur antérieur dont la mort est l'enjeu » (Barthes, 1980, 150). Cette référence au futur antérieur m'a longtemps hantée, au sens où chaque fois que je présentais mes matériaux photographiques, mes interlocuteurs me demandaient souvent timidement ou un peu gênés : « Savez-vous s'ils sont encore vivants ? »