

Les commotions du réel : faire place à l'indétermination

Argument pour intervention au Cercle Freudien le mercredi 2 mai 2018 : Au temps de l'installation croissante dans le champ de la psychiatrie publique de recommandations de bonnes pratiques et de réponses fléchées et préétablies qui répondraient aux troubles diagnostiqués, il s'agira plutôt d'opposer à partir d'une pratique clinique dans un Centre d'Accueil et de Crise la manière dont un sujet peut apparaître dans les zones d'indétermination. Finalement, la position psychanalytique dans un tel dispositif engagerait face au passage à l'acte suicidaire des patients à ouvrir une passerelle du point de confrontation à un réel inassimilable à l'approche d'une vérité, vérité qui ne vaudrait pas solution ou mise en sens clôturante.

Remarque : la mise en ligne du texte de mon intervention implique une diffusion plus élargie et dépasse l'espace clinique dans lequel il a initialement été présenté ; aussi j'ai pris la précaution de supprimer ou remanier certains passages relatifs à des situations cliniques.

Lorsque Guy Dana m'a invité à intervenir, il m'avait déjà parlé du thème de travail choisi par le Cercle Freudien cette année : « L'acte analytique dans tous ces états ». Thème qui avait notamment vocation à interroger le spécifique et l'irréfragable de la pratique analytique dans le cadre de la cure type, mais aussi telle qu'elle se déploie au sein de dispositifs institutionnels. C'est à partir de ma pratique dans un service de psychiatrie adulte – celui dont il a été chef de service pendant plus de trente ans jusqu'à l'été passé – que j'ai choisi de parler.

L'argument du séminaire interroge la dimension sans équivalent de l'écoute analytique. J'aimerais, pour ma part, plus particulièrement porter ma réflexion sur la dimension optico-transférentielle de l'approche analytique : je prendrai, comme je l'ai dit, pour point de perspective mon travail en tant que psychiatre dans un service qui a pour particularité de comporter une pluralité de lieux ambulatoires et hospitaliers rattachés à un hôpital psychiatrique situé en banlieue sud de Paris.

Plus particulièrement, j'aimerais dans cette intervention mettre en avant la nécessité de faire place à des *zones d'indétermination*, à un *espace vide*, admettant l'incertitude. La position clinique à partir de laquelle un acte peut opérer pourrait s'y préciser.

A l'occasion d'une allocution en 1959 intitulée « On peut exiger de l'homme qu'il affronte la vérité¹ », Ingeborg Bachmann parle de la tâche de l'écrivain qui, dit-elle, « doit prendre la mesure de sa vérité et la rendre effective encore une fois, afin que nous puissions voir. » Elle rapporte cette exigence à un « état lucide, douloureux », non pas comme perception acquise des choses, mais comme compréhension de « ce que justement *nous ne pouvons pas voir* ». Et elle ajoute « Voilà ce que l'art devrait réaliser : réussir, dans ce sens là, à nous dessiller les yeux. »

L'acte de l'analyste est mû par un désir de vérité, mais de cette vérité qui ne pourrait que se mi-dire², se distinguer dans l'entremise de ce qui se discerne et de ce qui ne se

¹ Ingeborg Bachmann « On peut exiger de l'homme qu'il affronte la vérité », *Europe*, N°892-893, août-septembre 2003, p.37-39.

² J. Lacan, *Télévision*, Le Seuil, Paris, 1974, p.9 :

« Je dis toujours la vérité, pas toute, parce que toute la dire, on n'y arrive pas. La dire toute, c'est impossible. *Télévision*, Le Seuil, Paris, 1974, p.9. C'est même par cet impossible que la vérité touche

voit pas, de cette vérité qui ne pourrait que surgir dans un acte de « confrontation du possible et de l'impossible³ ».

1. L'incomplétude des réponses en psychiatrie

Pour entrer au cœur ma question, je vais avant tout vous parler du lieu où je travaille la plupart du temps en soulignant la fenêtre qu'il constitue sur l'incomplétude des réponses en psychiatrie. Il s'agit du CIAC, Centre Intersectoriel d'Accueil et de Crise situé à Longjumeau. C'est une unité rattachée au 6^{ème} secteur de psychiatrie adulte de l'Essonne de l'EPS Barthélémy Durand. Elle a une spécificité : contrairement aux autres lieux du secteur tels que le CMP, l'Unité Clinique d'hospitalisation, le CATTP, les Urgences de l'Hôpital Général et la Maison Thérapeutique répartis à Longjumeau et Sainte-Geneviève-des-Bois, elle accueille les patients *quelque soit leur lieu d'habitation* et non pas uniquement si leur lieu d'habitation dépend du secteur. Les patients y sont accueillis pour des hospitalisations courtes, ayant vocation à durer en général moins de deux semaines, dans des situations dites de crise. Le plus souvent les patients sont adressés à partir du service des Urgences, des Lits Portes ou du service de réanimation de l'HG de Longjumeau dans le contexte d'évocation d'idées suicidaires ou suite à un passage à l'acte suicidaire. Les modalités de l'hospitalisation – d'une durée courte et libres c'est-à-dire sans mesure légale de contrainte – situent le CIAC comme à la fois en articulation étroite avec le secteur, mais aussi comme en *extraterritorialité*. En effet tous les autres lieux d'hospitalisations pour adultes de Barthélémy Durand sont sectorisés. Lors de mon arrivée dans le service, cette situation particulière a dans un premier temps été une source de questionnement critique pour moi, puis je me suis aperçue que ma pratique avait induit un changement de point de vue, ou plutôt avait ouvert une autre perspective qui décomplète ma vision initiale. Il me semblait en effet que chaque secteur, dans l'idéal que je m'en étais fait, avait à penser ses modalités d'accueil de la crise et de l'urgence pour la population qu'il lui était dévolu d'accueillir, et ceci afin de favoriser le développement d'une relation transférentielle avec chaque patient, dans un travail de proximité en articulation dynamique avec les structures préexistantes du territoire.

J'étais venue, il y a maintenant très exactement sept ans, après le passage de ma thèse, travailler dans ce service pour son orientation analytique et pour la description que

« Je dis toujours la vérité, pas toute, parce que toute la dire, on n'y arrive pas. La dire toute, c'est impossible matériellement : les mots y manquent. *C'est même par cet impossible que la vérité touche au réel.* » (je souligne)

J. Lacan « La science et la vérité », *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p.867 :

« Cela veut dire tout simplement tout ce qu'il y a à dire de la vérité, de la seule, à savoir qu'il n'y a pas de métalangage (affirmation faite pour situer tout le logico-positivisme), que nul langage ne saurait dire le vrai sur le vrai, puisque la vérité se fonde de ce qu'elle parle, et qu'elle n'a pas d'autre moyen pour ce faire.

C'est même pourquoi l'inconscient qui le dit, le vrai sur le vrai, est structuré comme un langage, et pourquoi, moi, quand j'enseigne cela, je dis le vrai sur Freud qui a su laisser, sous le nom d'inconscient, la vérité parler.

Ce manque du vrai sur le vrai, qui nécessite toutes les chutes que constitue le métalangage en ce qu'il a de faux-semblant, et de logique, c'est là proprement la place de l'*Urverdrängung*, du refoulement originaire attirant à lui tous les autres, - sans compter d'autres effets de rhétorique, pour lesquels reconnaître, nous ne disposons que du sujet de la science. »

³ I. Bachmann, *ibid.*

nous en avait faite Guy Dana en 2010 à l'occasion d'une séance du séminaire d'Utopsy. Utopsy est une association à laquelle j'ai activement participé qui a organisé pendant dix ans – jusqu'à fin décembre passé – un séminaire, autour de la question « clinique et politique ». Guy Dana y présentait alors son livre *Quelle politique pour la folie ?* (Stock, 2010) et déplaçait le truchement par lequel une histoire, un récit pouvait s'écrire pour le patient dans l'*après-coup* d'un trajet entre des lieux distincts du service, dans la diversité des transferts engagés. Il décrivait le dispositif institutionnel du service *comme en forme de la méthode analytique*. Il a plus récemment prolongé sa réflexion en soulignant la mise en éveil du sujet comme effet du *travail de traduction* produit par cette traversée. En effet, le passage d'un lieu à l'autre avec l'expérience de leur langage spécifique apprivoise la conflictualité, réintroduit de la fonction tierce.

Il me semble que ce modèle dont l'agencement spatial s'est construit afin de favoriser la prise en considération de la scène inconsciente assimile le service à une forme *d'entité unie et cohérente* : le travail institutionnel y œuvre (au mieux) à rendre supportable les différences, les déhiscences et paradoxes et à accueillir les aires de non-sens entre les lieux. Cette dimension de travail de passage entre les lieux, dans leur *discontinuité*, qui prend appui sur une logique du manque me semble tout à fait vectrice d'ouverture pour le patient. Pourtant, il me semble tout de même que ce modèle fait part à une forme d'illusion d'union, de quête d'orchestration unie ou de chorégraphie harmonieuse que je souhaite interroger.

Je trouve intéressant de souligner l'*incomplétude* de l'offre de soin propre au dispositif du secteur, *inadéquation conjoncturelle* de part l'organisation des dispositifs de soins mais aussi *structurelle*, de part l'écart entre la demande faite à l'endroit de la psychiatrie et la réponse que nous y apportons. L'inhomogénéité du système, son désajustement peuvent, à mon sens, participer à ouvrir les perspectives et à faire émerger de l'inédit. En outre faire part à dimension d'incomplétude me semble de nature à éviter certains écueils tant sur le plan du travail institutionnel que clinique.

J'ai préféré ne pas reprendre l'histoire de l'édification du service qui est à situer dans le contexte du développement de la psychiatrie de secteur sur le territoire de l'Essonne en lien avec les filiations de psychiatrie critique ayant irrigué son déploiement : parmi ces orientations le désaliénisme et la psychothérapie institutionnelle, pour aller respectivement d'est en ouest du département. Cette histoire est bien connue de certains ici présents.

Ce secteur, comme je l'ai rapidement esquissé, a construit une voie qui lui est propre : son agencement institutionnel ne vise pas la fabrication d'un consensus qui effacerait les conflits et délivrerait une vision totale, objectivante du patient, mais fait part au *lacunaire*, accueille les contradictions comme non meurtrières. Ce montage s'emploie à préserver les zones d'ombre dans lesquelles ce qui concerne de façon intime le patient peut venir se glisser. En d'autres termes, la fréquentation interne de chaque lieu selon sa perspective propre révèle un manque essentiel, rend possible un écart par lequel le désir du patient pourrait émerger délesté d'une part de jouissance qui l'encombre. Il est manifeste que cette construction, qui s'attache aux trajectoires singulières des patients, s'inscrit à rebours d'une pente de standardisation et d'uniformisation des dispositifs de soins et prend forme à travers le maillage patiemment tissé qui y préside.

Plutôt que de témoigner des *effets de guérison analytique*⁴ qui peuvent surgir de cette pratique, je vous ferai part de quelques questionnements élaborés à partir de mon immersion dans le service. En effet, une des difficultés dans un service où chaque lieu cultive son propre langage et plus largement dans un hôpital psychiatrique ou chaque secteur s'occupe de façon réglée de sa population de patients avec sa propre orientation est celle de d'éviter que le patient ne devienne un enjeu d'appropriation-rejet et de savoir inébranlé propre à chaque lieu. Lutter contre cet écueil du clivage, supposerait que chaque lieu admette son incomplétude et sa *perspective partielle d'approche* du patient en lien avec ce qu'il y donne à voir et entendre. Il n'y a pas de lieu ou de soignant détenteur d'une sorte de vision intégrée en surplomb. Cela suppose aussi de penser que le dispositif devrait se moduler et se réaménager au regard des problématiques des patients accueillis et non les patients venir se mouler ou conformer à un système rigide, préétabli quelque soit les filiations théoriques auxquelles il s'adosse d'ailleurs. Et cela ne va pas de soi.

Prenons pour exemple la question de la *sectorisation*. En adressant les patients que ce soit des urgences de l'HG de Longjumeau ou du Centre de Crise à un secteur, la question, très souvent inaugurale du psychiatre au bout du fil qui conditionne la suite, est celle de la domiciliation du patient, et même de la pérennité de celle-ci. Ce qui a inmanquablement pour effet de créer un problème de sectorisation pour les patients en instance de séparation, vivant alternativement chez eux et chez un membre de leur famille, sans logement, cherchant à déménager – caractéristiques d'ailleurs fréquentes chez les patients « en crise » – ou préférant être sectorisés ailleurs du fait de leur travail sur ce même secteur dans le champ sanitaire ou le médico-social ou pour d'autres raisons encore... En outre à l'échelle de l'hôpital, les équipes des services d'hospitalisation sectorisés s'insurgent régulièrement contre une situation qui les conduit à admettre des patients d'autres secteurs, c'est-à-dire résidant hors de la zone du découpage géographique qui leur incombe respectivement, faute de place dans le leur. Ce à quoi il faut rajouter qu'adresser un patient des urgences de l'HG ou du CIAC à un secteur qui ne le connaît pas pour un suivi en CMP est bien souvent également une gageure tant les *temps d'attente* sont longs et parfois indifférents à l'accueil préalable dans un lieu de soin non rattaché à leur secteur.

Mais c'est en prenant pour point de perspective ma pratique au CIAC que j'interrogerai la façon dont la dimension analytique ne s'affranchit pas du politique et réciproquement. Le fait de travailler la plupart du temps dans des unités intersectorielles, accueillant donc les patients quelque soit leur lieu de domiciliation et d'assurer le suivi, tant pendant l'hospitalisation qu'à son issue, d'un patient qui sera ensuite adressé ailleurs, amène à entendre le caractère *excluant* de ces propos. En d'autres termes, les frontières des communautés sont fort étanches et d'autant plus semble-t-il que les moyens de travail sont retirés et le nombre de soignants réduit. Cette situation de repli à tonalité communautaire et inhospitalière à l'accueil hors d'un ordre prédédicté ne va pas sans rappeler le climat actuel de durcissement des politiques migratoires, d'érection de murs entre pays voisins, ou pour le dire de façon plus générale de rejet de l'étranger et de l'apatride. Cela donne à penser, et non pas uniquement pour critiquer ce qui serait une dérive ou un écueil du travail de secteur, mais pour mettre en question l'idée qu'il pourrait exister un dispositif monolithique idéal à vocation universaliste en psychiatrie.

⁴ J'emploie le terme de guérison analytique selon l'entendement de Nathalie Zaltzman : cf. *De la guérison analytique*, PUF, Paris, 1998.

Il semblerait que la promotion même d'un tel idéal participe en réalité paradoxalement à renforcer certaines exclusions, et qui plus est parfois à les dénier.

Il me semble que le CIAC est sans cesse traversé par des *effets de cette incomplétude inhérente à l'offre sectorielle*.

Pour ce qui est du CIAC, l'équipe a régulièrement interrogé l'admission suite à l'entretien médical aux urgences de l'HG de patients qui, je cite, ne seraient « pas des indications ».

Les dites « bonnes indications » d'hospitalisation au CIAC répondraient aux critères que je vous ai énoncés au début : réaliser un travail de crise et en particulier autour de la crise suicidaire et ceci dans le cadre d'une hospitalisation brève.

Or dans notre pratique courante cela fait des années que des personnes âgées, des adolescents, des femmes enceintes, des jeunes mères, des soignants, ceux qui refusent d'être hospitalisés en intra sur leur secteur à Barthélémy Durand ou au Grand Mesnil, sont régulièrement hospitalisés au CIAC, même si il est parfois évident dès l'orientation du service des urgences qu'il s'agira d'une longue et complexe hospitalisation.

Quelles hypothèses et conclusions peut-on tirer de cet état de fait ? Et qu'est-ce qui se dit lorsqu'à l'arrivée d'un patient au CIAC l'équipe soignante met en avant l'énoncé « ce n'est pas une indication pour le CIAC » tout en commençant à bricoler un cadre d'accueil et en s'engageant déjà à initier les soins du patient désigné de la sorte ?

Pour illustrer mon propos de façon concrète, le psychiatre peut être, par exemple, amené à recevoir aux urgences une patiente qui vient d'accoucher qui présente une dépression atypique du post-partum avec des éléments psychotiques. Et que fait-il ? Il privilégie très souvent l'adresse au CIAC, car bien que nous ayons vocation à recevoir pendant une période d'une ou deux semaines, il ne souhaite pas l'adresser à l'HP où elle n'a jamais été et il se dit, semble-t-il, qu'au CIAC (à juste titre d'ailleurs) son bébé pourra venir dans l'unité et la dimension du lien mère-enfant être de ce fait davantage accueillie. Et il en va de même, pour prendre quelques exemples, de la situation d'un adolescent qui fait une entrée dans la psychose avec des éléments hallucinatoires, celle d'une adolescente présentant une anorexie sévère ou encore celle d'une personne âgée isolée qui fait une tentative de suicide grave et qui a des éléments démentiels débutant : l'hospitalisation sur le secteur est bien souvent évitée et l'hospitalisation au CIAC privilégiée. Dans les exemples que je prends, il faut prendre la mesure de l'inadéquation du dispositif du CIAC par rapport à ces problématiques complexes qui nécessitent souvent les outils du secteur ou des hospitalisations longues dans des structures spécialisées : mais nous aurons bien du mal à réorienter sur le secteur une fois que cette option aura été récusée par le psychiatre des urgences pour des raisons en réalité compréhensibles au regard notamment de l'accès rapide et simple du CIAC. Pour ce qui est des structures spécialisées, il arrive souvent que finalement au bout d'un suivi de crise initié à l'hôpital, puis en ambulatoire cette option ne soit finalement pas retenue quand la place serait disponible au bout de plusieurs semaines. Donc voilà ces patients sont bien là, au CIAC, et ils nous font travailler avec nos insuffisances et nos limites. En réalité, même si parfois l'acte d'orientation du collègue des urgences de l'HG peut se questionner, même si on peut espérer l'ouverture de davantage de lieux d'accueil spécifiques conçus pour les adolescents ou jeunes mères par exemple, même si on peut combattre la politique de fermeture de lits à l'Hôpital Général qui amène les somaticiens à devenir d'autant plus rétifs à recevoir dans les services de médecine des patients

étiquetés « psy »⁵, la réponse que l'on peut donner quant à notre offre de soin est, quoi qu'il en soit, inévitablement marquée d'une incomplétude, et ceci tant sur le CIAC que sur le secteur. J'ai indiqué la façon dont une hospitalisation « *limite*⁶ » au CIAC pouvait servir de révélateur au déni au nom duquel il se dit que le secteur accueille tout un chacun en urgence, en crise, de 15 à 99 ans dans une dimension de continuité. C'est une falsification de la réalité, dont une lecture peut être faite à la lumière de l'élargissement des indications du CIAC ou plutôt des indications désignées comme initialement hors cadre, hors frontières, qui conduisent les patients qui y sont accueillis à y être pris en charge.

Toutefois, aujourd'hui, je crois que si le CIAC évite la plupart du temps l'écueil de venir à une place fétichique, c'est-à-dire qu'il ne vient pas chercher à combler un manque qui par essence ne peut pas l'être et qu'il ne prête pas toute-puissance au secteur, il ne donne pas non plus une réponse qui complèterait de façon harmonieuse l'offre de soin. Non, il fait, plutôt, œuvre d'hétérogène. De façon plus générale, je pourrai avancer que soigner en psychiatrie ne peut être assimilé à répondre à la demande, mais s'en étayer pour soutenir l'ouverture à un espace pour le sujet, pour participer à construire du lien et que la demande ou plainte s'exprime sous un abord moins malheureux... En cela, on peut regretter la politique actuelle de fermeture des lieux ayant pour vocation l'accueil rapide du patient (comme c'est actuellement le cas pour le CAC d'Aubervilliers dépendant de Ville Evrard sérieusement menacé de fermeture), les rares moyens alloués allant aux centres de référence diagnostiques censés prescrire les prises en charge adéquates – souvent sous l'allure de « paniers de soins » – à apporter au trouble diagnostiqué. Il me semble que l'orientation analytique s'attache précisément à la valeur de ce qui se faufile à travers la demande du sujet et ce qui s'y exprime à son insu plutôt qu'à rabattre la demande sur le besoin et ceci en portant une attention à l'offre transférentielle engagée.

Bref cela ne tombe pas juste. On peut bien entendu regretter la sape des moyens et la fermeture des structures de proximité réparties dans la ville au plus près des demandes des patients. Mais on ne peut pas faire l'économie de penser que *la psychiatrie n'a pas vocation à colmater le malaise dans la culture.* Cette incomplétude est à entendre comme dimension intrinsèque et essentielle à une position clinique orientée par une *fiction démocratique* du politique et à une *éthique analytique qui font part à un réel qui échappe.* De ce point de vue, peut-être qu'une des qualités du CIAC est bien finalement de parfois parvenir à mettre en question les prérogatives de chaque lieu, d'amener à faire dialoguer et à se confronter la pluralité des expériences et en cela de lutter contre la ségrégation. Peut-être qu'il travaille à faire le deuil d'un dispositif sectoriel idéal complet, mais aussi à critiquer ses rigidités de fonctionnement actuelles et travailler sa fonction d'accueil. Il est la marque de *l'impossibilité d'une position d'autosuffisance et autarcique du secteur.* En outre, je crois que reconnaître l'altérité des positionnements et des perspectives dans nos espaces de soin est de nature à ouvrir un échange possible

⁵ Il se trouve que les services de médecine sont déjà saturés avec une pression à réduire la DMS (durée moyenne de séjour) des hospitalisations et la continuité du travail de liaison à l'HG s'effectue dans des conditions délicates. Cela ne va pas aller en s'arrangeant d'ici 4 ans avec la réduction prévue d'un tiers de lits et le départ programmé de plus de 600 professionnels à la faveur de la fermeture des trois HG de Longjumeau, Orsay et Juvisy mutualisés par le financement d'un plateau technique à Saclay selon une logique entrepreneuriale d'économies budgétaires.

⁶ Le CIAC a ouvert en 2009, depuis environs un à deux ans l'équipe désigne en général ces indications comme « limites » dorénavant et non plus comme « pas une indication ».

entre nous et à soutenir les articulations avec d'autres structures médico-sociales ou associatives. Par exemple la prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes âgées ne concerne bien souvent pas uniquement la psychiatrie, mais la place qui leur est faite dans notre société. Et cela vaudrait aussi pour ce qui concerne la lutte contre l'isolement des jeunes mères en détresse par la promotion d'autres lieux que ceux du domaine sanitaire, tels ceux des maisons vertes ou autres lieux d'accueil associatifs par exemple. Bref face à la pression extérieure aujourd'hui, un certain repli défensif, une sclérose guette le secteur là où ce serait précisément l'occasion d'inventer de nouvelles articulations, de repenser les architectures et solidarités locales. En cela une des fonctions du clinicien est bien de travailler à ce que *la mise en question des frontières devienne une zone de partage*.

Cette incomplétude du dispositif en lien avec la mise en rapport de perspectives partielles, parfois non harmonieuses, est une condition du respect d'une part d'ombre, d'invisible et de silence bien souvent empiétées pour nos patients. En effet, composer et penser à plusieurs un enchevêtrement de lieux, qui affirment chacun leur singularité, tout en faisant part à ce qu'ils ne peuvent pas voir s'inscrit en opposition avec un modèle dans lequel le secret et les savoirs de champs de pratiques différents seraient partagés en toute transparence pour délivrer une vision panoptique du patient.

2. Ce qui ne se voit pas

Les préconisations publiques autour de la psychiatrie se fondent sur une vision de la santé mentale dont l'étalon serait la recherche du bien-être conçue comme la capacité d'une personne à s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer, ou dit autrement viser la conformation de l'individu à un cadre sociétal conçu comme immuable⁷. Le parcours de soin des patients est de plus en plus subdivisé entre un champ diagnostique expertal et un service des biens spécialisé, fléché en conséquence, évacuant la dimension de vérité qui viendrait se loger dans le symptôme. Cette vision de la santé mentale est tout à fait syntone d'un modèle culturel qui chasse l'intime, qui voudrait délivrer une image hyperréelle du patient et naturaliser les troubles.

Je m'appuierai sur l'histoire d'un patient qui m'aidera à poursuivre sur une dimension plus clinique de mon intervention. Monsieur M. est admis dans un contexte d'idées envahissantes de passage à l'acte suicidaire. Il est hospitalisé pour la première fois. Artiste et vidéaste, il explique qu'il souhaite absolument une confidentialité totale, car il est en permanence connecté via plusieurs réseaux sociaux et des hackers, si ils apprenaient son hospitalisation, pourraient, nous dit-il, « organiser sa mise à mort ». Organiser sa mise à mort le questionne-t-on ? Oui, tout-à-fait, « en le harcelant, en le dénigrant ». Virtuellement en quelque sorte ? Non de façon « réelle » nous dit-il ? Suite à quoi il nous précise que si ses parents appellent dans l'unité, nous ne devons pas donner quelque réponse que ce soit à leurs questions sans les rencontrer de visu, car si nous manquons de les voir en chair et en os nous ne pouvons être sûrs que c'est bien eux, nous explique-t-il. Son quotidien ces derniers mois, notamment en lien avec son travail dans une agence de communication s'occupant d'événements artistiques, l'avait conduit à passer la plus grande partie de son temps connecté en ligne sur le réseau internet, aux prises avec des images, envoyées-reçues-envoyées-reçues. Le climat entre internautes

⁷ Cf. à ce sujet Mathieu Bellahsen *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle* préface de Jean Oury, La Fabrique Éditions 2014.

du milieu est décrit comme parfois féroce et les images crues. Il se trouve qu'une des entreprises où il a précédemment travaillé l'a conduit à prendre le café tous les matins près du Bataclan pendant des années ; un matin, il y a appris – à renfort d'images – la mort de personnes côtoyées quotidiennement. Il décrit depuis quelques années une forme d'aspiration fascinatoire croissante pour et par le travail visuel assorti d'un vécu de souffrance et surtout de confusion entre l'espace virtuel et réel. Il est frappant que lorsque je lui ai parlé de l'importance pendant l'hospitalisation de se déconnecter des réseaux sur le net, pendant un temps, afin de favoriser la prise de distance avec ce branchement virtuel incessant et envahissant, le patient m'a indiqué que ce n'était pas du virtuel dont il était question de prendre de la distance, mais plus exactement de la réalité, à travers les images rendues accessibles vite, sans filtre et immédiatement. Une réalité qui était venue se manifester comme inquiétante étrangeté qui le regardait de trop près. Ce patient désignait son point de souffrance comme en lien avec une absence de filtre, de narration ou d'écart plus essentiellement à même de lui éviter d'être écrasé par ce flux rapides d'images imposant un poids de réel atemporel.

En février Marie José Mondzain était venue présenter, ici-même, son livre *Confiscation* (LLL, 2018). Elle y poursuit notamment sa réflexion autour de la place de l'image aujourd'hui en soulignant la façon dont l'accélération des flux visuels peut faire basculer « dans une zone d'indiscernabilité qui n'est pas le site d'indétermination et de la liberté mais le lieu fantasmatique où s'éprouve la disparition des limites⁸. » Elle désigne l'invisible au coeur de la disjonction des regards comme le « lieu du partage », de l'inappropriable⁹ ; elle met, à cet égard, en avant la nécessité de lutter contre la confiscation des images et des mots : elle soutient qu'il s'agit tant d'oeuvrer à la possibilité d'une réappropriation de la parole qu'à restaurer un « équilibre indécidable » entre visible et invisible, « site inassignable¹⁰ » à même d'accueillir dans son voisinage l'émergence de formes inédites¹¹.

Dans cette perspective, je trouve que cette séquence clinique qui témoigne de l'effritement, de l'effacement des lignes de partage entre la sphère intime et publique, entre l'espace virtuel et celui de réalité, est révélatrice de la façon dont ne pas tout voir, ou voir avec le filtre du commentaire ou de la critique, avec la fenêtre du semblant, avec l'entame de ce qui reste hors-champ, est nécessaire pour approcher une vérité et pour préserver un espace intime pour le sujet. Et je crois qu'il en va de même dans notre écoute du sujet. La confrontation à la réalité est parfois traumatique pour le patient et respecter les enclaves, oeuvrer à cerner les trous indicibles et indiscernables engage le clinicien à supporter les inconsistances, les silences et les zones aveugles.

Cette réflexion sur la nécessité de faire part à l'incomplétude et à une part d'énigme dans nos dispositifs et dans notre approche clinique n'est pas non plus étrangère à la mission première d'accueil du CIAC, dans la crise suicidaire le plus souvent. Je crois que le terme de « crise » a pour avantage de placer notre appréhension de la situation du côté des processus, de la transformation et non pas du côté de l'immuable. La crise appelle la mise en mouvement et non le *statu quo*.

Lors d'une réunion de synthèse du Centre de Crise, il y a quelques semaines, un échange avait lieu entre membres de l'équipe autour de la façon d'aborder les situations cliniques des patients chaque semaine. Une infirmière présente depuis quelques mois

⁸ p.34 M.-J Mondzain, *Confiscation*, LLL, 2018

⁹ p.44-45, *Ibid.*

¹⁰ p.152, *Ibid.*

¹¹ p.210, *Ibid.*

dans l'unité s'étonnait du fait qu'on parle du passage à l'acte, qu'on parle du patient et de sa problématique clinique, qu'on parle d'éléments du quotidien au sein de l'unité, mais que « décidément on ne donnait jamais sens au passage à l'acte suicidaire du patient ». Et un infirmier rajoute à cela « oui, c'est vrai, et même les médecins on a l'impression que ça leur échappe ».

Cette remarque m'a beaucoup donné à penser. Car en effet je crois qu'on ne donne pas sens au passage à l'acte, voire que je me méfie plutôt de la tendance de certains patients à trop vite clotûrer la question en indiquant avoir compris les ressorts de leur geste, en l'expliquant et en indiquant que maintenant ils vont pouvoir passer à autre chose.

Au fil de mon travail ces dernières années au CIAC, j'ai, au-delà de la situation singulière de chaque patient, été étonnée de la mobilisation très importante par les patients d'éléments multiples de leur histoire avec une dimension transférentielle forte engagée pendant l'hospitalisation à la faveur de la crise traversée. Cette esquisse par le patient de son paysage psychique et quotidien jouxte avec des zones parfois tout à fait énigmatiques relatives à son passage à l'acte. C'est comme si suite à un passage à l'acte suicidaire, le patient restait pendant un temps au pourtour d'une sorte de zone de trou noir. On sait que nulle image et son ne sort du trou noir¹². *L'horizon des événements* désigne en astrophysique la surface immatérielle qui borde le trou noir. Il me semble que suite au passage à l'acte nous nous situons au voisinage de cette zone, qu'il s'agirait de cerner. Elle ne répond pas aux mêmes règles d'espace-temps qu'usuellement. En effet le passage à proximité des trous noirs provoque une *distorsion temporelle* avec une dilatation du temps¹³, qui peut confiner au « gel temporel¹⁴ ». Si je file la métaphore, on pourrait dire que plus on s'approche de la zone de clivage, plus le temps se dilate au point où des chercheurs expliquent que la théorie de la relativité générale prévaut pour décrire la loi des phénomènes aux abords des trous noirs.

3. Une vérité de l'acte qui laisse à désirer

Le passage à l'acte répond à plusieurs situations. Je ne me centrerai pas sur ceux qui ont fonction d'interpellation directe d'un tiers, mais je parlerai plutôt ici de ceux qui semblent répondre à la confrontation à un impossible à dire, ceux qui sont marqués par une absence de parole. Il me semble que le passage à l'acte est parfois la matérialisation d'un impensable rapport à une vérité qui touche au sujet.

Approcher la vérité dans le côtoiement duquel le passage à l'acte suicidaire s'est produit me semble engager à supporter un indéterminé. Dans le sillage des déterminismes du passé, le patient fait parfois la rencontre d'un réel avec lequel il ne parvient pas à négocier et qui a pu conduire au passage à l'acte. Mais le passage à l'acte peut amener à considérer cette zone, ce trou dans lequel le sujet s'est engouffré et par là ouvrir une voie d'approche autre et prendre une dimension différente dans l'après-coup, dans les chemins empruntés et actes posés engageant l'avenir. Mais ce passage du passé à l'avenir suppose de *maintenir l'écart de l'indétermination du présent*, de ce qui ne consiste pas et ne prend pas sens et d'accueillir la détresse qui peut y être assortie.

Suite à une tentative de suicide les patients viennent parfois au CIAC où un espace d'énonciation et de transfert peut s'ouvrir. Les patients semblent parfois à leur arrivée

¹² J.-P. Luminet, *Les trous noirs*, Points, Le Seuil, 2017.

¹³ K. S. Thorne, *Trous noirs et distorsion du temps*, préface S. Hawking, Flammarion, 1997.

¹⁴ J.-P. Luminet, *Les trous noirs*, *op. cit.*, p.175-178

au CIAC comme encore pris dans une forme de suspension du temps, de mise à l'arrêt du vécu de l'écoulement temporel, passage semble-t-il nécessaire pour qu'une inscription parfois en creux permette une mise au passé dans laquelle ce qui n'a pas pu être élucidé et nommé passe à l'avenir, sans enfermer dans une éternelle répétition à tendance mortifère.

Je souhaite un peu développer cette dimension en prenant un appui métaphorique sur le champ théorique de la physique. Dans un livre paru récemment *L'ordre du temps* Carlo Rovelli¹⁵, physicien, explique que dans la « grammaire élémentaire des choses il n'y a pas de distinction entre "cause" et "effet" (...) il n'y a pas un sens dans lequel passé serait différent du futur¹⁶. » Ludwig Boltzmann, physicien de la fin du XIX^{ème} siècle situe la différence entre passé et futur dans l'augmentation de l'entropie, c'est-à-dire dans l'augmentation du désordre. Or Boltzmann met en lumière que l'entropie en physique classique est « la quantité qui mesure *le nombre* de configurations différentes que notre vision floue *ne distingue pas*. » Aussi, c'est dans ce que notre vision ne distingue pas, dans ce flou que se loge l'écoulement du temps, l'écart entre passé et présent. Rovelli souligne dans son livre que la physique quantique permet de relier ce flou de vision de Boltzmann à une « indétermination quantique intrinsèque des choses (...) l'imprévisibilité dans le monde persisterait même si nous pouvions mesurer maintenant tout ce qui est mesurable¹⁷. » Toute mesure exerce en effet une influence sur le système microscopique observé, et en perturbe en cela la mesure même, selon le principe d'incertitude établi par Heisenberg. Bref, bien que les champs de la psychanalyse et de la physique ne soient pas les mêmes, et que je ne puisse ici développer davantage les aspects relatifs à l'indétermination de la mécanique quantique qui m'éloignerait de trop de mon sujet, j'en viens à un point nodal : *temporalité, flou de vision et indétermination sont indissociables*. Cette excursion dans la physique me soutient dans l'idée que ce n'est pas tant la mise en ordre, la mise en sens, la clarification qui introduit un écart nécessaire que *faire place à cette dimension d'indétermination comme ouverture du champ des possibles*.

Lorsque nous hospitalisons au CIAC ou lorsque nous organisons la sortie d'un patient, cet acte ne prend valeur qu'en situation dans la relation singulière avec le clinicien. Il compose avec une part d'incertitude nécessaire tant ses effets sont pour une part imprédictibles et ne peuvent bien souvent être appréciés que dans l'après-coup.

La situation clinique de certains patients rend nos décisions cliniques particulièrement épineuses tant l'espace pour poser un acte est parfois serré. En effet, certains patients se positionnent de telle sorte que l'écart même produit par la sortie d'hospitalisation mobilise un vécu d'abandon et de déréliction chez eux. Tenir une position clinique traçant une voie alternative à l'abandon et à son envers l'aliénation-dévoration devient alors parfois une véritable gageure. Il s'agirait de prendre le temps là où l'urgence se manifeste. Ceci dit, à parfois vouloir éviter de faire plusieurs tours – tours lors desquels il s'agirait de tenter de contenir la répétition et de maintenir le clinicien dans une position de sujet supposé savoir – le risque est de laisser le patient seul, aux prises avec une nouvelle confrontation d'un réel impossible à négocier. Cela interroge la nature de la position clinique dans laquelle il serait porteur de se situer dans le suivi de ces patients dont l'accès au symbolique est obéré et qui amène aux abords d'un noyau

¹⁵ Carlo Rovelli, *L'ordre du temps*, Flammarion, 2018.

¹⁶ p.46, *Ibid.*

¹⁷ p.163, *Ibid.*

psychotique ou du moins d'une zone de clivage : il s'agirait de pouvoir se tenir dans une sorte de position intermédiaire, position de biais en quelque sorte, qui permettrait peu à peu de *déplacer la focale en tentant de l'orienter sur la tangente de l'horizon des événements* (de façon à ne pas se faire avaler, haper par le trou noir).

Il s'agit ainsi de faire avec une part de réel, d'insaisissable et d'imprédictible, tant pour les soignants que pour le patient, sachant que parfois l'hospitalisation est un lieu de passage crucial pour que la conquête d'un espace d'énonciation soit possible, pour qu'une parole singulière puisse émerger, parole dont le poids est suffisant pour que le sujet en mesure l'irremplaçable et s'y arrime.

Le combat, que l'on peut y situer, contre le processus mortifère est forcément incertain. Forcément incertain car le sujet a aussi sa part à prendre, engagement à partir duquel il est à espérer qu'il pourra s'approprier un espace désirant. Parfois ce n'est qu'à offrir cet espace autre, en suspens, que le désir de notre patient pourra s'y faufiler. Jean Allouch pose la question : « comment être libre en s'adressant à la liberté d'autrui ? ». Il vaut mieux que nous n'ayons pas le fin mot de l'histoire.

Je souhaite déplier des questions qui ont émergées à partir d'une situation clinique complexe et difficile dont je choisis de ne pas retracer de façon détaillée – pour la version écrite de mon intervention – les éléments saillants. Ces réflexions se sont déployées à partir de la problématique clinique de cette patiente – qui a commencé un suivi régulier incluant plusieurs hospitalisations suite à un raptus suicidaire grave réitéré quelques années après – à partir de ce qui a pu se partager dans l'après-coup de son deuxième passage à l'acte, tant à partir de sa parole que de ce qui a pu être élaboré sur le plan institutionnel que de ma place de psychiatre référent dans son suivi. Son suivi a été marqué par sa difficulté à conflictualiser, à élaborer ses points d'ambivalence et le vécu de vide pregnant dont elle faisait part lorsqu'elle était seule. Au cours du suivi, dans les temps qui ont précédé la deuxième tentative de suicide grave, sur le plan de sa « souffrance de l'idéal¹⁸ », autrement dit des pertes d'illusion difficilement abordables de sa vie rêvée, plusieurs pans de clivages et points de méconnaissance étaient en train de progressivement céder. Cela favorisait une prise de parole davantage en son nom, mais était aussi source d'angoisse plus importante. Aussi l'espace s'est peu à peu resserré entre les symptômes de la patiente, sa difficulté persistante à soutenir sa propre énonciation, la place à laquelle sa famille l'assignait, la position de patiente et de malade à laquelle elle était rappelée par certains soignants et la complexité institutionnelle à laquelle cela donnait lieu.

Je crois, au regard de ce qu'elle a pu nous en dire par la suite, que ce passage à l'acte, survenu au coeur de la prise en charge, s'inscrit au point culminant d'un conflit psychique impensable, d'une confrontation directe impossible à soutenir pour elle. Le dispositif que nous avons construit pour elle n'a pas tenu à ce moment là. Le sujet n'a pas tenu. Elle faisait alors part de la façon dont elle se sentait convoquée par les demandes de sa famille à une confrontation directe à ses difficultés. Elle n'a pas pu soutenir face à celles-ci ni énonciation d'incertitude, d'acquiescement ou de refus, ou encore une autre plus sibylline, et s'est sentie dans un moment d'impasse insurmontable. L'horizon s'est effondré – l'espace s'est écrasé et la dimension temporelle s'est figée – faisant place à de l'impossible et à l'absence de perspective. Il y a une zone – zone aveugle – qu'elle ne peut pas voir et face à laquelle elle a pu disparaître. Cerner ces

¹⁸ Je reprends cette expression à Jacques Chazaud à partir de son ouvrage *La Souffrance de l'Idéal*, Privat, 1979.

zones nécessite un travail patient et une position précise de chacun dans un dispositif de soin.

La manière de réarticuler le dispositif institutionnel différemment s'est posée à nous suite à cet événement. Il a fallu pour cela repérer les difficultés qui sont apparues et faire part à la dimension de la pulsion de mort à l'œuvre chez cette patiente.

Si on essaie d'imager ce qui s'est passé sous la perspective du dispositif optico-transférentiel engagé, je tenterai la description suivante. Dans le schéma optique décrit par Lacan, Lacan décrit le processus analytique comme le basculement progressif du miroir entre l'espace réel et l'espace virtuel rendant apparent le caractère illusoire du vase renversé, illusion médiée par le truchement du grand Autre¹⁹. Ce mouvement rend possible une séparation. Dans le passage à l'acte de la patiente, c'est comme si la situation de confrontation à la part clivée provoquait en même temps une chute de l'espace du fantasme, un collapsus du sujet. Cela peut orienter sur l'importance pour des patients dont l'économie psychique est régie et entravée par des processus de clivage de ne pas précipiter le patient dans la zone aveugle qui reste à cerner, qui nous apparaît, mais qui lui reste inaccessible et l'encombre faute d'avoir pu s'inscrire (comme présence et comme absence). C'est comme s'il convenait de créer une oscillation, un battement, entre une position qui soutienne le transfert du patient vers le clinicien comme sujet supposé savoir et une position à situer hors du champ spéculaire qui permette de tracer une limite à une zone clivée ou forclosée. Dit autrement ce qui pourrait soutenir le passage de l'impossible au possible, c'est l'après-coup, le déjà perdu. Ce qui implique que la répétition est parfois un passage inévitable et qu'il ne nous est alors possible que de la contenir et de tenter d'en faire émerger un dire au temps d'après. Cela donne aussi à penser que les injonctions positivistes de certaines orientations psychiatriques peuvent être le plus court chemin au nulle part.

Cette situation clinique qui a fait apparaître des disjonctions dans les positions cliniques respectives des soignants me semble témoigner de la manière dont chacun est responsable de ses actes et qu'il n'y a pas quelqu'un comme un superviseur ou un chef de service qui pourrait commander la marche à suivre. Il n'était pas possible de penser le CIAC comme un dispositif où les positions de chacun auraient pu être réglées et coordonnées de façon cohérente comme si il s'agissait d'un dispositif de cure analytique. Il n'y a pas de direction de cure collective. Nommer et tolérer les contradictions des positions, faute de pouvoir les travailler davantage, eut peut-être été une manière de faire un peu plus d'espace en évitant de penser le système comme devant consister d'un seul tenant. Ceci dit, il y a une part qui revient toujours au sujet même si parfois il ne le sait pas.

Je trouve que cette situation souligne l'importance de pouvoir échanger et élaborer dans les espaces collectifs du service, notamment lorsque certains soignants prenant part à la prise en charge sont dans le transfert mis à la place du mauvais objet ou quasi ignorés ou pris à une place d'identification spéculaire. Je pense que les rapports clivés que les patients peuvent nouer avec les soignants ne veut pas dire qu'il faudrait forcément lever le clivage chez nos patients ou qu'il s'agirait de rétablir les soignants à une place de bon objet, mais du moins entre nous le repérer, le nommer et s'en parler

¹⁹ Lacan commente l'opération par laquelle dans le dispositif analytique le sujet de S1 barré vient occuper la position en I du côté virtuel du schéma optique par l'effacement de l'Autre, dont l'analyste occupe la position (par la rotation du miroir en A à 90°). Cf fig. 2 p. 674 dans J. Lacan, « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache », dans *Ecrits, op. cit.*

pour infléchir le processus mortifère qui pourrait venir s'y glisser. *L'opacité n'est pas simplement une crypte ou un effet de clivage qu'il faudrait éviter en soi, mais peut aussi se faire énigme à partir de laquelle peut être approchée une zone irreprésentable ou aveuglante.* Quant à la zone aveugle de la patiente, la désigner trop tôt sans que la patiente ne vienne à la cerner elle-même peut être effractant et c'est peut-être bien en ce sens, qu'avertis, il s'agirait de tenter de préserver un *intervalle libre*, espace des possibles en attente d'être reconnu. En outre, cette prise en charge fait apparaître la complexité de concilier certains suivis où un transfert est engagé avec le clinicien référent avec la composante du collectif et de la demande adressée par la famille à l'endroit du psychiatre. Dans ces prises en charges complexes ou plusieurs intervenants sont associés, il me paraît impossible de préétablir une réponse qui serait satisfaisante en soi du fait d'un écartèlement entre des dimensions différentes, à mon sens structurellement hétérogènes. Et c'est peut-être d'ailleurs ce *discord entre les perspectives* qu'il s'agit de pouvoir préserver afin que le patient puisse y inscrire ce qui le concerne en propre. A contrario, c'est parfois là où le bât blesse tant la demande faite à la psychiatrie réclame la mise en ordre et la cohésion du concourt de chacun tendant à réduire les hiatus et les contradictions. *Cet impossible à concilier est pourtant, pour peu qu'on l'accueille, le lieu à partir duquel une vérité peut être touchée.* Cela implique que l'écoute analytique dans un dispositif de psychiatrie publique requière une *non garantie* des effets de ses réponses, de supporter ce qui ne peut être démontré et ce qui apparaît sous la forme de logiques contradictoires – ce qui est loin d'être simple – pour que le clinicien puisse se soutenir de l'indécidable de son acte comme appel à un sujet à venir.

Je crois que recevoir le patient au sein d'une pluralité des lieux dans leur différence peut permettre d'inventer à chaque fois un dispositif singulier pour chaque patient et peut permettre d'approcher *de biais* ces zones auxquelles le patient ne peut se confronter. Dans le cas de la patiente mentionnée, ce qui faisait bord avec un réel n'a pas tenu collapsant son désir de vivre. Le réel auquel se heurte la répétition est à situer en arrière du sujet comme ce qui le pousse et l'entraîne et, une différence, un éveil peuvent être obtenus à partir de l'appréhension du réel comme « *inassimilable*²⁰ ». Je crois qu'il est absolument nécessaire de faire place à partir d'une forme de *suspens* dans notre écoute, mais aussi à partir des *perspectives partielles institutionnelles et transférentielles* à un espace dont le patient pourra se saisir pour sa propre énonciation. Je ne crois pas en la possibilité d'une cure analytique collective supposant un transfert homogène du patient sur l'institution considérée comme entité, mais plutôt en une *pluralité de transferts* qui parfois ne peuvent se composer à la manière d'un patchwork mais s'enchevêtrent plutôt, et ceci dans certaines situations plus délicates de manière *discontinue et paradoxale* : les enjeux de ce point de discussion et de repérage théorico-clinique me semblent être à la fois celui de respecter l'autonomie de la position de chaque soignant dans la clinique qui ne peut être prescrite en surplomb par une sorte de chef d'orchestre ou de metteur en scène et celui de la possibilité de travailler à préserver une *zone d'éclipse* pour le patient soutenue par le respect des perspectives partielles mise en regard. Ce n'est qu'à cette condition de supporter ce qui ne s'explique pas, d'accueillir les zones d'ombre que le *vide pourrait être traduit en une lacune vectrice de*

²⁰ J. Lacan, Le séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Paris, Le Seuil, 1973, p.55 : « N'est-il pas remarquable que, à l'origine de l'expérience analytique, le réel se soit présenté sous la forme de ce qu'il y a en lui d'inassimilable – sous la forme du trauma, déterminant toute sa suite (...) »

séparable pour le patient. Autrement dit, la dimension énigmatique de l'acte suicidaire n'appelle pas tant à une élucidation ou une mise en sens complète qu'à faire place dans la rencontre, dans le lien transfertiel, par la parole qui se dit, à ce qui échappe, à des zones d'incertitude supportables pour le patient.

Sans doute est-il difficile de maintenir cet espace ouvert en soutenant l'idée d'une forme d'imprédictible, tant nous sommes convoqués en tant que psychiatre à garantir les choses voire la vie du patient et tant nous sommes parfois interpellés à l'endroit d'une demande sociale ou familiale ou même institutionnelle. Pourtant avec certains patients il faut bien faire avec le risque de leur suicide pour les soigner ce qui n'évite malheureusement pas certains passages à l'acte. *L'écart entre la position à laquelle est sollicité le psychiatre – position de pouvoir, position de savoir, position médicale – et ce qui se donne à entendre dans le dire du patient soutenu par l'adresse vectorisée par le désir analytique du clinicien est le lieu d'un hiatus*: et cette disparité résonne avec l'impartageable qui préside au lien social. Rajoutons que c'est peut-être bien la possibilité de faire consister ce qui ne se partage pas qui soutient aussi une conquête sur la part symptomatique de la jouissance du patient.

Je ne pense pas qu'on puisse toujours réparer les trous, combler les failles ou éluder les brisures, mais peut-être que le CIAC a cette fonction de pouvoir accueillir dans le transfert cette *zone lacunaire comme celle d'une indétermination féconde*: zone qui parfois peut se perdre au profit du désir du sujet, zone qui parfois peut se commuter en création, zone qui parfois reste celle d'une béance inguérissable, mais dont les contours peuvent être tracés pour éviter d'y échouer. Croire en une vie possible avec ses fractures et ses zones d'ombre suppose de partager des espaces où l'on peut regarder ce qu'on ne peut pas voir, où l'on peut accueillir les indicibles ou ce qui bruit trop fort comme des silences. Lorsque l'adresse est égarée, le temps arrêté, le transfert, la création d'une œuvre peuvent jeter un pont au-dessus du gouffre. L'enjeu de l'intervention d'une équipe de soin pour *construire une de ses passerelles, produire du temps, temps en sursis*, est parfois vital. En tous cas, cela peut éviter au patient de se perdre lui-même et de jeter ou d'enterrer ainsi ce qui ne pouvait l'être.

Je crois que c'est de ce lieu de perte d'illusion de complétude, à partir de nos insuffisances articulées, de nos perspectives partielles, de l'idée que le risque est consubstantiel de toute vie, que nous pouvons trouver un espace d'émancipation dans nos actes, et par là créer un espace pour le patient. Cet espace existe dans le transfert et parfois dans la pluralité des transferts noués qui admettent des écarts et des interstices dans lesquels le patient peut s'y retrouver. En somme l'acte se tient précisément sur les failles et est vectorisé par une ligne d'horizon. Il oeuvre à ce que la part d'exil irréductible, la part d'altérité à soi-même ne soit pas éradiquée, tuée, mais appropriée comme un inaccessible vers lequel ou duquel nous nous élançons.

Ainsi, partir de la multiplicité, de l'inadéquation, de l'indiscernable plutôt que d'un référentiel harmonieux, ordonné permet de faire des incursions hors de l'opposition dialectique dedans/dehors, intra/extra. Prendre pour pivot des pratiques les zones d'indétermination soutient le renouvellement du débat entre les instigateurs de la psychothérapie institutionnelle et du désaliénisme.

Je dirai que je trouve fécond d'associer aux concepts de psychiatrie critique une manière de penser des espaces de désajustement, de marge. Le bouleversement du territoire, la standardisation des institutions selon la logique libérale contemporaine et utilitaire en vogue, l'idéologie de la toute transparence qui infiltre les différentes

sphères de notre existence impacte nos pratiques. Aussi défendre le passé et l'existant, le secteur et le service public me semblent insuffisant aujourd'hui. Au-delà de l'importance cruciale de défendre nos espaces, moyens et outils de travail, un travail de mémoire est nécessaire pour interroger les institués et les cadres préexistants, reconnaître la perte des espaces disparus et soutenir l'émergence de nouveaux agencements collectifs et pouvoir se montrer inventifs. Ces collectifs s'enracinent dans une multiplicité de lieux tenus ensemble, et non conjoints, habitant un sol commun. Soutenir la production d'un lieu pour l'indétermination dans l'enchâssement des pratiques cliniques et des mises en place institutionnelles en gardant comme boussole la parole du patient peut participer à donner sol au lien et ouvrir à de l'inédit.

Alexandra de Séguin