

# L'intervention de crise, une chorégraphie de l'acte thérapeutique

Clémence BIDAUD

Il est 17h30 lorsque mon téléphone de garde sonne pour la première fois lors de cette après-midi du mois de mars 2009. Tout était encore calme ce jour-là, mais comme à chaque sonnerie d'une ligne d'urgence psychiatrique, l'inconnu du sujet en crise peut surprendre à tout moment.

En décrochant, l'opératrice m'avertit qu'une jeune fille, inquiète pour l'une de ses amies, est en ligne. À première vue, il ne s'agit pas d'un de ces appels qui vous plongent d'emblée dans l'intimité et le chaos de la crise, lorsque les cris des conflits s'entremêlent à l'autre bout du fil ou encore lorsque la faible voix d'un patient se perd dans une angoisse mutique. Un peu rassurée que cette intervention ne s'annonce pas trop éprouvante, j'écoute la jeune fille me raconter la situation de son amie, sans encore savoir que je m'apprête à faire une des interventions les plus rocambolesques de ma jeune carrière. L'appelante me dit que cette amie est suivie au sein de notre clinique à Genève et que c'est pour cette raison qu'elle a appelée la ligne d'urgence de l'institution.

Cette jeune institution privée genevoise, au sein de laquelle je travaille alors depuis un an, propose à la fois un service de psychothérapie ambulatoire, une petite unité d'hospitalisation et une ligne d'urgence accessible 24h sur 24h pour des interventions de crise à domicile, projet rare et ambitieux. Cette unité d'urgence fut créée dans un premier temps pour tenter d'apporter une réponse thérapeutique singulière face à l'absentéisme récurrent des adolescents du service de psychothérapie, qui tranchait alors avec les nombreux appels des parents et familles démunis lors des crises de leurs enfants adolescents. Plus tard, ce service fut élargi à l'ensemble de la population genevoise, mais il était bien question à l'origine de ce projet de proposer une alternative aux demandes de sujets qui ne pouvaient advenir à l'intérieur même de la séance, mais qui frappaient pourtant avec insistance aux portes de l'institution, par le biais de ces crises ayant lieu hors des murs du cabinet.

Le constat à l'origine de cette unité d'urgence psychiatrique n'est pas particulier à la région de Genève. Il est l'un des signes cliniques d'un culturel en perpétuel changement, qui dicte tant à la psychiatrie qu'à la psychanalyse les nouveaux enjeux de leurs prises en charge psychothérapeutiques. Ainsi, aujourd'hui, face à la mélancolisation des liens au sein de nos grandes mégapoles et à la prévalence des passages à l'acte, nouveaux porteurs de l'énigme du Sujet, comment la psychiatrie peut-elle accueillir cette souffrance, qui peine souvent à atteindre les portes de nos institutions et cabinets ?

Face à ces nouveaux défis, la clinique *hors les murs* semble être une réponse pertinente pour tenter d'amorcer une rencontre avec ces sujets. Dans ce même mouvement, l'intervention de crise à *domicile* cherche à entendre, dans ce moment fécond de la crise, la singularité du patient au-delà des manifestations aiguës de la pathologie. Ces demandes issues de la temporalité de la crise proviennent ainsi souvent d'un ailleurs du langage, sous forme d'agir bruyant, cependant ne pas y voir une réelle demande à entreprendre un travail thérapeutique serait une erreur. La demande de changement, l'appel à l'aide sont là, dans l'interpellation de ces agirs pathologiques. Cette demande doit alors être traitée sur le lieu où elle s'exprime, en utilisant l'intensité de son expression comme levier pour mettre en évidence son aspect métaphorique de répétition, en lien avec l'histoire du sujet. Pour cela, il s'agit de quitter les murs rassurants de nos bureaux et le cadre thérapeutique classique de nos institutions, pour nous plonger dans l'intimité angoissante de la crise. Ainsi, après le premier appel sur la ligne d'urgence, nous entamons ce voyage vers le patient, pour le rejoindre tant dans son environnement réel que dans son monde interne. Ce mouvement vers l'autre est rarement de tout repos, nous allons vers l'inconnu, à la recherche d'un quartier, d'une rue, mais aussi de visages et de peines que nous ignorons encore. Après ce temps de mouvement qui accueille les premières pensées fantasmées de la situation, nous passons la porte de l'intimité du patient. Les visages inquiets des familles, les bruits de cris et de disputes ou au contraire un silence inquiétant, les odeurs du lieu, mais aussi la lourdeur des affects qui planent nous imprègnent d'emblée. Le décor ainsi posé par ces sensations partagées de la crise, il s'agit alors de rejoindre le sujet dans son errance, sur un rebord de baignoire, un balcon, un bout de lit ou encore un coin de trottoir. Après ce premier mouvement physique vers le patient, il faut encore, pour que la rencontre ait lieu, trouver un langage commun et ainsi le rejoindre dans son mode de fonctionnement psychique du moment, c'est-à-dire souvent sur le terrain de l'agir. Débutent alors de véritables danses qui, telles des mises en scène à deux, sont toutes plus singulières les unes que les autres : un corps qui fuit, l'autre qui suit, un qui attaque l'autre qui résiste, ou encore un corps qui s'effondre alors que l'autre soutient. Voici, quelque peu scénarisées, les scènes que nous jouons lors de courses poursuites avec des enfants et adolescents tentant de s'échapper du domicile parental, de moments d'agressivité avec des adolescents ou des paranoïaques délirants ou encore lors de moments d'effondrement de patients toxicomanes ou dépressifs.

Dans cet article, nous envisagerons cette pratique *hors les murs* comme un voyage tourbillonnant au cœur de l'agir, qui traverse les différentes étapes de la relation à l'autre et de la constitution du sujet. L'intervention de crise choisie ici pour illustrer cette clinique nous permettra de nous questionner sur ce dispositif original de l'intervention de crise, qui amène le thérapeute-urgentiste à plonger avec le patient au cœur de cet espace archaïque de la rencontre qu'est l'agir. Cette clinique nous permettra ainsi de comprendre les enjeux de ce dispositif original axé sur le corps qui, par le biais de ces agis partagés, amène une co-figuration des expériences primaires clivées, jusqu'alors logées dans l'acte, afin de trouver une issue à la répétition en relançant le processus de symbolisation.

Comme nous l'avons vu précédemment, cette pratique et la réflexion qui en découle reposent sur le postulat que la crise porterait les nouvelles coordonnées de la demande et que les agis seraient alors à entendre comme une véritable adresse du Sujet. Ce postulat tranche avec une conception ancienne, mais ancrée dans notre pratique, qui conçoit l'agir comme simple expression pulsionnelle tendant à la décharge, venant ainsi entraver le processus de symbolisation et le bon déroulement de la cure. Alors que, pour FREUD, toute production du sujet humain est porteuse de sens et dès 1907, dans *Actions compulsives* et *exercice religieux*, il évoque les actions compulsives comme non seulement chargées de sens, mais aussi comme figuration littérale ou métaphorique d'expériences vécues par le sujet. Il poursuivra cette réflexion en 1909 en pensant l'attaque hystérique et sa gestuelle comme traduction corporelle d'un fantasme, puis l'élargira même au champ de la psychose en 1913 en qualifiant les stéréotypies schizophréniques de « reliquats d'actes mimiques sensés, mais archaïques ». Enfin, en 1914 dans son article « Remémoration, répétition, perlaboration », il insiste sur le fait que certaines résistances ne soient pas à entendre et à manipuler autrement que comme des compulsions de répétitions. Il est bien clair alors que dès le début de la pensée freudienne, la question de l'agir est à concevoir comme un message, un sens subjectif incorporé qui tend à se répéter. C'est notamment en suivant ce fil historique de la pensée freudienne que René ROUSSILLON théorisa une conception de l'acte, qui participe au courant actuel cherchant à interpréter les pathologies de l'agir. Pour lui, il s'agit de voir dans l'acte les reliquats d'expériences subjectives primitives, n'ayant à l'époque pas trouvé d'écho adéquat leur permettant de donner du sens à ces ressentis et d'accéder ainsi au réseau des représentations. Restées alors comme enkystées dans le sujet et inscrites uniquement sous forme de traces mnésiques corporelles, ces expériences traumatiques primaires tendraient, à travers les actes plus tardifs, à se répéter pathologiquement, en quête de sens.

C'est bien avec ce postulat à l'esprit qu'il s'agit de partir en intervention, pour être capable d'accueillir ou d'entrevoir le message indicible qui se cache habilement derrière le chaos de la crise. Revenons ainsi à cette après-midi de garde où je reçois l'appel apparemment banal d'une jeune femme en souci pour une de ses amies.

Lorsque je lui demande les raisons de son inquiétude, elle me dit que son amie semble aller très mal et se comporte de manière étrange, comme si c'était la dernière fois qu'elles se voyaient. Elle est d'autant plus soucieuse que cette personne lui aurait remis une lettre lui demandant de s'occuper de son corps s'il lui arrivait quelque chose, afin qu'elle ne soit pas rapatriée et enterrée dans son pays d'origine. En la questionnant sur la situation de cette jeune femme, je me rends compte tout en l'écoutant qu'il s'agit d'une de mes patientes, Sina, et que l'appelante n'est autre que sa grande amie, Myriam. Elles sont en train de boire un verre près de la gare, comme tous les jeudis où elles se retrouvent pour passer la soirée ensemble.

Cette patiente, Sina, est jeune fille de 20 ans originaire du Gabon, que j'ai rencontrée un an auparavant, lors d'une autre après-midi de garde. Une infirmière de l'hôpital cantonal l'avait alors accompagnée pour un entretien d'urgence, après qu'elle lui eut fait part d'idées suicidaires lors d'une consultation pour des douleurs à la cheville. À cette époque-là, Sina sort d'une période d'errance d'un an qui avait débuté le jour où sa mère l'avait renvoyée du domicile familial. Pendant plusieurs mois, elle erra dans Genève et se prostitua à plusieurs reprises avant d'être recueillie dans un foyer pour femmes de la ville. Lors de cette première rencontre un an auparavant, c'est une jeune fille recroquevillée, sans voix ni regard, presque desubjectivée, qui s'assied en face de moi. Tous les mots que je prononçais alors semblaient tomber dans le vide qui séparait nos deux corps et face à son refus de s'engager à ne pas se faire de mal, nous négociâmes non sans mal un rendez-vous pour le lendemain.

Sans le savoir, je débutais ce jour-là avec elle ce voyage au sein de cette « clinique de l'envers » où, telle Alice au pays des merveilles, courant derrière la lapin blanc à la recherche du terrier, le thérapeute doit suivre le patient dans l'agir afin de retrouver les coordonnées perdues du sujet. C'est ce que permet la clinique de l'urgence en tant qu'elle nous permet de rejoindre nos patients hors des murs de nos bureaux, là où leur demande fragile émerge.

Le lendemain, à l'heure de notre séance, je la guette dans la salle d'attente. Ne la voyant pas venir, je fais des aller-retour entre les deux locaux de l'institution, à quelques numéros du quai l'un de l'autre. En retournant vers mon bureau, je l'aperçois de l'autre côté de la rue, assise sur le muret bordant le lac Léman. Elle me regarde passer. Je lui fais un signe de la main afin qu'elle me rejoigne, mais Sina ne réagit pas et continue à me fixer. C'est ainsi qu'elle me fait agir pour la première fois alors que je traverse la rue pour aller à sa rencontre. En traversant cette rue, c'est aussi le miroir de la relation différenciée et du langage que je traverse pour la rejoindre de son côté, celui du double et de l'acte.

C'est ainsi qu'une première tranche de thérapie débute ce jour-là, mais aussi une première danse que nous entamons alors ensemble. À chaque fois, Sina m'attend avec une grande ponctualité au même endroit du muret de notre première séance. À chaque fois, je la guette de la fenêtre de mon bureau et traverse pour l'y rejoindre. Pendant plusieurs semaines, nos entretiens se déroulent comme rythmés par le pas de nos marches le long du lac.

Il semble que le mouvement de nos corps soutienne sa parole et sa voix, qui se fait de plus en plus audible, même si je dois toujours tendre l'oreille pour la comprendre. Sa parole se délie au fur et à mesure des séances et je commence à entrevoir la trame de son histoire.

Je peux alors mettre un sens, puis des mots, sur ce scénario d'errance que nous jouons ensemble sur les bords du lac, de banc en banc, de mur en mur. Dans ce non-lieu que nous partageons, je peux plaisanter sur mon statut de « thérapeute-SDF » ou même lui dire, lors d'une séance durant laquelle nous avons fait beaucoup d'aller-retour, que nous « faisons le trottoir ensemble ». Ce jour-là, c'est une des premières fois que je l'entends rire, elle qui ne laisse percevoir habituellement qu'une thymie si triste et si neutre à la fois.

De la même façon, morcelée, dont elle me fait part des moments de prostitution ou de la rupture avec sa mère, Sina me raconte un jour comment, après son départ forcé de la maison, elle passa plusieurs heures à pleurer et à appeler sa mère sur les marches de son immeuble, au seuil de la porte de l'appartement. J'évoque alors ce moment partagé, quelques semaines plus tôt, lors d'une tentative avortée d'hospitalisation dans notre unité d'urgence, où nous étions restées bloquées à deux un long moment sur les marches du hall d'entrée. Peut-être attendait-elle toujours sa mère. Face à son silence, j'ajoute que dans un travail psychothérapeutique, on ne peut pas se faire mettre à la porte.

Quelques séances après, alors que le temps est pluvieux et orageux, je ne la vois pas de ma fenêtre sur le muret d'en face. En descendant, je la trouve sous le porche de l'immeuble qui s'abrite de la pluie. Nous regardons, dubitatives, la pluie s'intensifier. Je lui lance un regard interrogateur. Ce jour-là, Sina me dit que, pour une fois, nous pourrions aller dans mon bureau.

S'achève ainsi un moment bien particulier de notre histoire. Je le décrirais comme un temps archaïque du lien à l'autre, où seuls son corps et ses actes pouvaient raconter comment elle s'était retrouvée à la porte, coincée dans l'errance où son vécu traumatique l'avait plongée. Nous remontons ainsi le fil de son histoire, de son errance dans la rue à ce qui l'y a conduite, sa mise à la porte du foyer familial. Lorsque cela put se vivre conjointement sur la scène thérapeutique, puis se mettre en mot dans notre histoire, notre errance a pu prendre fin et notre travail thérapeutique s'ancrer dans un temps et dans un lieu.

Pour que cette transformation ait lieu, soit que la répétition de l'acte ne poursuive pas son chemin mortifère, il s'agit d'insérer une nouvelle donnée au scénario primaire ou traumatique ainsi rejoué dans l'agir. C'est ici la question de l'écho en l'autre, qui faisait défaut à l'époque, qui se retrouve au centre du processus. En effet, pour que la relance du processus de symbolisation ait lieu, la présence de l'objet s'avère être une nécessité. C'est FREUD qui amena le premier cette question avec la notion de *nebenmensch* et du spectateur indifférent. Cependant, ici, le thérapeute se doit, tel le médium malléable décrit par René ROUSSILLON, d'être créatif et vivant, et de se laisser utiliser, au sens Winnicottien du terme, au sein de ces « expériences

agies partagées » (GODFRIND, J., 2002, *L'expérience agie partagée*). Ainsi, en intervention, face à ces patients jouant les fantômes de leurs non-rencontres passées, le thérapeute doit non seulement accepter de renoncer un temps à une position subjective différenciée pour jouer ce jeu imaginaire, mais il doit aussi sans cesse interagir avec le sujet pour lui prouver la permanence du lien. C'est à cette condition fondamentale de l'interaction sujet-objet que la destructivité, conséquence de la chute de l'illusion primaire, pourra être utilisée comme moteur de l'activité représentative du sujet.

Revenons-en alors à l'appel d'urgence de la fin de l'hiver 2009, soit une année après le début de la prise en charge de Sina, où il est justement question de l'utilisation de l'autre comme objet et des agirs partagés qui en découlent. Son amie Myriam, rencontrée au foyer pour femme, me fait part de son inquiétude et du refus catégorique de Sina de venir au cabinet pour un entretien d'urgence. Après concertation avec le psychiatre de garde sur le fait que nous évitons au maximum de faire des interventions avec nos propres patients, nous décidons que je les rejoigne tout de même dans la brasserie où elles se trouvent. En me voyant entrer dans le bar, Sina détourne la tête. Je m'assieds à leur table et commence à lui expliquer les raisons de ma venue, l'appel de son amie et son inquiétude face à la lettre qu'elle lui a écrite. Elle se mure rapidement dans un silence froid. Je revois alors la Sina des premières semaines, à nouveau incapable de parler et noyée dans une vague d'idées noires et suicidaires, ayant réapparu suite à une rupture amoureuse quelques semaines auparavant. Débute alors un jeu de cache-cache où son amie et moi l'escortons au bord du lac jusqu'à mon bureau. Après un long moment d'entretien, lors duquel elle finit par s'engager à passer la soirée avec son amie, Sina quitte brusquement la salle. Interloquées, nous tentons de la rappeler par la fenêtre et finissons par convenir avec Myriam qu'elle la rejoigne afin de passer la soirée comme convenu. Il est 19 heures passé lorsque je sors de cette longue intervention et rejoins mon compagnon au supermarché. Alors que nous sommes encore dans les rayons, mon téléphone sonne et l'opératrice me passe à nouveau Myriam. Elles sont en train de dîner dans un restaurant chinois et Sina, évoquant à nouveau des idées suicidaires, dit vouloir rester seule après le repas. Elle n'aurait accepté notre programme uniquement pour qu'on la laisse tranquille. Myriam, très embêtée, se sent responsable de son amie et n'ose pas la laisser partir seule. Après avoir raccroché, quelque peu perdue face à la situation, je rappelle le psychiatre de garde. Celui-ci me persuade de la nécessité de l'hospitaliser si elle n'accepte pas de respecter son engagement. Sur le chemin du restaurant, fatiguée, j'imagine la longue négociation qui m'attend. Effectivement, comme lors de notre première rencontre, les mots n'auront aucun poids ce soir-là. Après quelque temps d'une discussion stérile lors de laquelle, désespérée, Sina n'arrive qu'à formuler du bout des lèvres son désir de mourir, je sors du restaurant et appelle une ambulance. Alors que celle-ci arrive et se gare au coin de la rue, quelqu'un me percute pour sortir du restaurant, dont mon corps bloquait l'entrée. En me retournant, je vois Sina

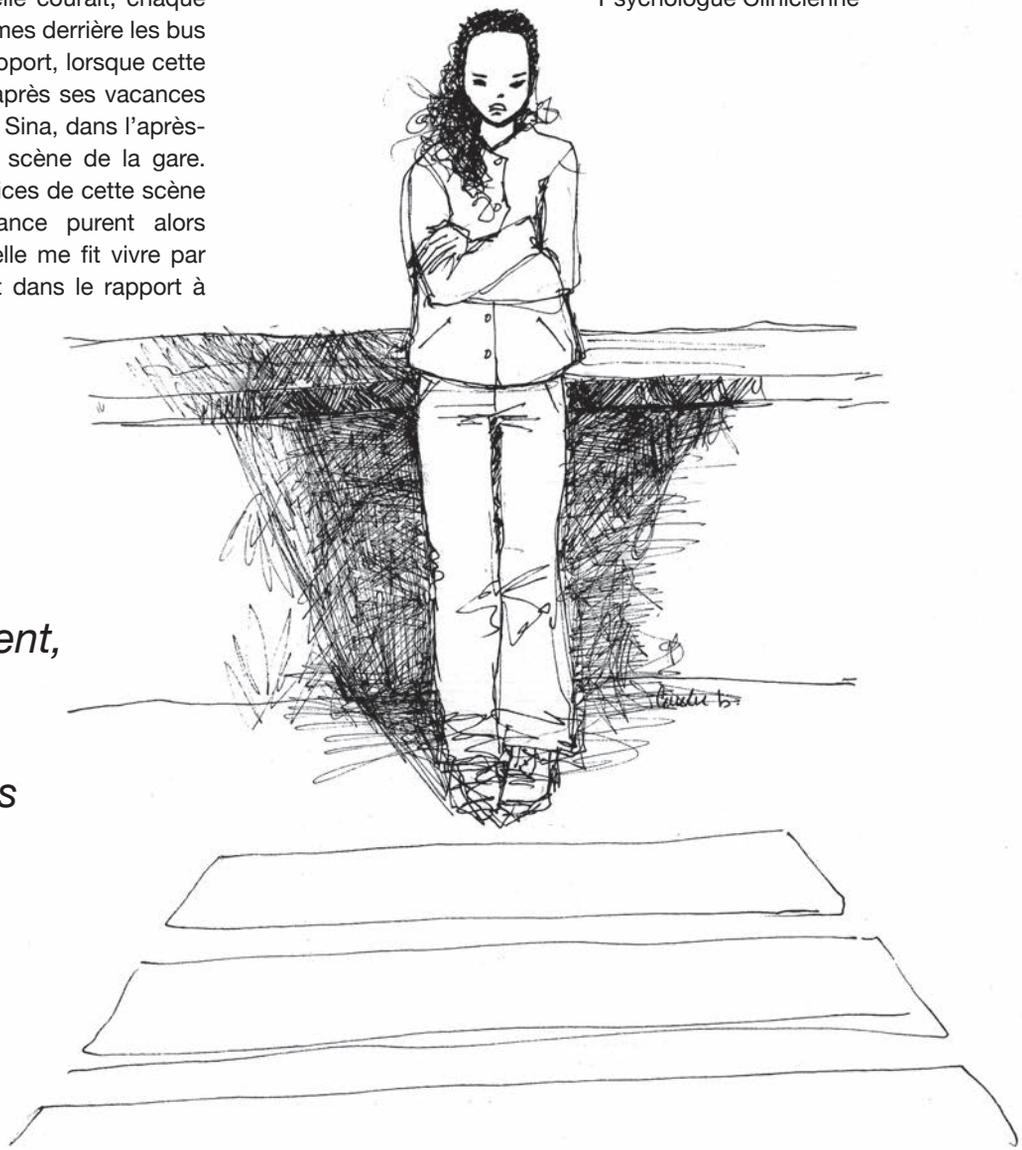
courir et tourner au coin de la rue. Comme dans un réflexe, je me mets alors à la suivre en direction de la gare. Notre course-poursuite prend alors des allures de film d'action. Nous descendons puis remontons des escaliers, tournons à droite puis à gauche dans les couloirs souterrains de la gare. Enfin, alors que nous arrivons près des quais, l'écart entre nous se resserre et j'ai le sentiment qu'elle ralentit peu à peu, comme pour me laisser la rejoindre. Alors que j'arrive à son niveau, nous nous laissons, dans un mouvement commun, tomber à terre, à bout de souffle, comme si nous avions réussi à semer un tiers imaginaire, qui nous aurait poursuivi toutes les deux. Assises adossées au mur de l'allée centrale de la gare, nous nous regardons et une drôle de sensation m'envahit, tel un soulagement agréable, signe qu'un mouvement a pu se boucler, même si sur le moment, je ne sais pas encore de quoi il s'agit. Sina me regarde et me dit qu'elle accepte de s'engager à ne pas se faire de mal. Après avoir annulé l'ambulance, je laaccompagne auprès de son amie avec laquelle elle rentrera au foyer ce soir-là.

Après cette intervention d'urgence, nous passerons plusieurs mois à travailler en séances la signification de ce jeu du chat. Elle évoqua différents souvenirs et des hypothèses se formèrent peu à peu, sans véritables convictions. Son état de santé poursuivait pourtant son évolution et les symptômes dépressifs ainsi que les automutilations disparaissaient peu à peu. Puis un jour, en débutant la séance, Sina me dit d'un air sérieux avoir discuté avec sa tante. Celle-ci lui aurait raconté comment petite fille, vivant encore au Gabon, elle courait, chaque année, à grand renfort de cris et de larmes derrière les bus et taxis qui ramenaient sa mère à l'aéroport, lorsque cette dernière repartait travailler en Suisse après ses vacances au pays. Voici comment prit sens pour Sina, dans l'après-coup verbalisant de la séance, cette scène de la gare. Les perceptions enfouies et perturbatrices de cette scène abandonnique traumatique de l'enfance purent alors se figurer dans cet agir partagé, où elle me fit vivre par renversement son sentiment récurrent dans le rapport à l'autre de se faire « balader ».

En intervention de crise, ces patients qui nous font agir et plonger dans la clinique de l'extrême nous confrontent aux limites de nos positions thérapeutiques classiques ainsi qu'à celles de nos concepts. Ainsi l'agir, la répétition ou encore la relation de type imaginaire, en miroir avec le patient, habituellement signes de l'échec du symbolique, deviennent ici la clé du processus de changement et de transformation du patient. En écoutant la potentialité messagère contenue dans l'acte (ROUSSILLON R., 2008, *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*), en percevant le détail différent à chacune des répétitions, en acceptant de rejoindre un temps le sujet dans son mode de fonctionnement imaginaire, le thérapeute peut alors se laisser surprendre par sa singularité et faire preuve de créativité pour permettre au patient de se saisir d'un ressenti ou d'un signifiant enkysté, afin de relancer le processus de symbolisation.

Au-delà de ces cas extrêmes auxquels peuvent être confrontées les pratiques *hors les murs*, nous pouvons nous demander quelle place donner aujourd'hui à l'acte et au corps au sein de la clinique psychanalytique ? Afin de faire reculer le *quantum* de Réel informe, noyau de souffrance et de répétition présent en chacun de nous, nous devons affirmer l'importance de l'écoute du corps, interface fondamentale entre « l'autre-scène » qu'est l'image inconsciente du corps de DOLTO et le lieu d'amorce du processus de symbolisation.

Clémence BIDAUD  
Psychologue Clinicienne



*La demande de changement,  
l'appel à l'aide sont là,  
dans l'interpellation  
de ces agirs pathologiques*