

**Serge Bruckmann**

## **Psychanalyse et psychothérapie institutionnelle (de secteur) en 2007 \* ?**

Le terme improbable de « psychothérapie institutionnelle », créé par Philippe Koechlin et Georges Daumézon en 1952, essayait de symboliser une nécessité : il faut en permanence soigner ce qui mine les institutions en psychiatrie pour pouvoir être thérapeutique pour les patients. En d'autres termes, il faut repérer ce dont elles souffrent et l'analyser comme des effets des symptômes des patients et des soignants. Certains psychiatres et analystes le formuleront en termes de transfert sur la scène institutionnelle.

Parmi eux, François Tosquelles, dont il ne faut pas oublier qu'il arriva d'Espagne à Saint-Alban avec, dans la poche, les travaux d'Hermann Simon et la thèse de Lacan. Il aimait à dire que la psychothérapie institutionnelle ne pouvait marcher que sur ses deux jambes, l'une marxiste, l'autre analytique. Pour actualiser son propos, nous pourrions dire qu'il lui faut toujours reposer à la fois sur le collectif d'une part et sur la primauté de l'inconscient d'autre part.

Or psychanalyse et psychothérapie institutionnelle sont dorénavant jugées obsolètes dans les établissements psychiatriques. C'est dans ce sens que la question du titre se pose. Comment en 2007 faire entendre alors cette double référence, indissociable dans l'expérience pour qui se réfère à la psychanalyse dans sa pratique en psychiatrie ? Comment en faire entendre aux soignants de nos services le bien-fondé, les effets productifs pour les patients autant que la richesse dans la pratique pour eux-mêmes ?

Mais revenons un instant à la définition de la psychothérapie institutionnelle ébauchée en tête de notre propos : l'outil institutionnel doit être le plus sain possible pour pouvoir apporter un soin,

\* Journée de l'AFCLW (B), Liège, 20 octobre 2007.

cela paraît évident en y mettant de la psychanalyse, ou plutôt de l'analyste.

Cette simplicité apparente recouvre pourtant une complexité constante qui tient autant au dispositif institutionnel de la psychiatrie de secteur qu'aux patients de plus en plus nombreux et à leurs pathologies de plus en plus variées, pathologies qui se cumulent et se croisent dans une promiscuité d'espaces où la folie se partage, où le délire des uns alterne avec les passages à l'acte des autres.

Le dispositif sectoriel lui-même complexe par son organisation et les articulations de ses éléments – centre médico-psychologique, unité d'hospitalisation, maison thérapeutique, appartements communautaires, centre de jour – donne support à une certaine iatrogénie, tout comme les symptômes et fantasmes des soignants eux-mêmes viennent troubler l'écoute des patients, de même que l'histoire institutionnelle, elle aussi sous-jacente en permanence, va induire des répétitions pathogènes. Il va sans dire que l'évolution actuelle de la psychiatrie s'intègre toujours davantage dans le souci gestionnaire et la médecine technicienne : un exemple en est donné par la formation des infirmiers et des psychiatres où il est plus question de comportements et de repérage de classification que de structure pathologique et d'échange entre sujets. Quant aux psychanalystes, si Lacan disait en 1964 qu'il leur arrivait de prêter « la main en France comme ailleurs à une pratique mitigée par le déferlement d'une psychothérapie associée aux besoins de l'hygiène mentale <sup>1</sup> », ils ne sont dorénavant et généralement plus souhaités dans la plupart des services de psychiatrie.

Le mouvement de psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur française, promus tous deux par les mêmes psychiatres puis leurs élèves, visaient le changement de l'asile et son ouverture sur la cité pour la première, la rupture avec l'asile pour la deuxième. Dans les deux cas, il s'agissait de se donner des conditions nouvelles de traitement de la psychose, « ce devant quoi un analyste ne doit reculer en aucun cas <sup>2</sup> », selon la célèbre formule lacanienne. Sous la forme d'un mouvement plus que d'une définition unique, la psychothérapie institutionnelle recouvre la référence au *dia-logos*, au

1. J. Lacan, « Acte de fondation » (21 juin 1964), dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 237.

2. J. Lacan, *Ornicar?*, n° 9, p. 12.

langage et à la dialectique ; à l'engagement singulier dans le champ social ou associatif et au collectif tout à la fois, à la *déhiérarchisation* (la voix des « soignants » et des « soignés » participant du même poids dans le quotidien, par exemple) ; à la réinvention permanente des institutions (soit ce qui institue les formes du collectif : réunions, journal, club ou association, repas, ateliers, groupes...). Cet ensemble de références, c'est une évidence, ne va pas sans heurts ni inquiétudes dans la pratique du fait du questionnement permanent des places, de l'insécurité ainsi initiée et du jeu intersubjectif qu'il fait naître. Ainsi Tosquelles aimait-il à rappeler qu'il fallait en psychiatrie se reposer sans cesse la question : « Qu'est-ce que je fous là ? », jouant du signifiant bien sûr mais questionnant aussi et toujours le désir des infirmiers et des médecins comme celui de l'analyste. Le dispositif en place met donc la dialectique au premier plan, faisant du coup vaciller les certitudes déjà bien maigres des jeunes soignants. Il nous évoque l'analogie avec « l'art de l'analyste » qui « doit être de suspendre les certitudes du sujet <sup>3</sup> » pour que la cure ait lieu. Et si certains membres des équipes refusent ces références, les critiquent, voire s'ingénient parfois à les faire chuter, la même analogie pourrait faire y voir les résistances à l'œuvre.

Cette orientation des pratiques, référée à la psychothérapie institutionnelle, crée ainsi dans un établissement ou une partie d'établissement (un service ou un secteur notamment) une scène faite d'institutions sans cesse renouvelées, en mouvement permanent. Cette scène sert de support au déploiement transférentiel de la structure psychotique et de ses avatars singuliers, tel un théâtre dont les institutions et les soignants seraient les décors vivants mis à disposition des patients acteurs de leurs répétitions. Ainsi peut avoir lieu un transfert multiréférentiel (comme le rappelait M. Krings), ce que Tosquelles appelait poétiquement la « constellation transférentielle ».

En voici un exemple clinique. M. E. interroge d'emblée par ses symptômes violents ou transgressifs la capacité d'accueil et la tolérance du service. De multiples fois hospitalisé librement ou sous contrainte depuis cinq ans, l'automatisme de répétition le conduira, par ses agressions, ses menaces, son irrespect des règles de l'unité

3. J. Lacan, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 251.

d'hospitalisation et ses prises de toxiques et d'alcool parfois massives, à des décisions médicales d'exclusion, de rejet hors de la scène institutionnelle. Ce mode de sortie de la scène, cette mise hors jeu, vécue de multiples fois dans son histoire, fait bien sûr analogie avec la forclusion signifiante et sa conséquence, le mécanisme hallucinatoire tel que décrit par Lacan : « Ce qui a été rejeté du symbolique reparaît dans le réel <sup>4</sup> », d'autant plus que dans le cas de M. E. la sortie signifiait retour à une forme de réel particulièrement angoissant dans un vide social invivable (rejet de son amie, absence de logement...). Il cherchera souvent une réadmission, mais ne pouvant formuler sa demande il passera à l'acte en mettant sa vie en danger. Une fois réhospitalisé, il endossera chaque fois rapidement les habits du rôle bien connu de lui de bouc émissaire, de mal aimé, justifiant ainsi ses actes violents et impulsifs. L'équipe évidemment sera régulièrement divisée à son encontre, la majorité l'étiquetant psychopathe ou pervers, au mieux hystérique et donc manipulateur, n'entendant pas la répétition comme une nécessité pour lui et faisant d'abord appel à la Loi, appel au Père en quelque sorte aux fins de cessation de paiement du lourd tribut payé à ce patient indigne. Indigne en effet de toute la patience, l'énergie, l'intérêt qui lui étaient portés mais sous la forme de l'interdit, de la coercition : M. E. devait être « cadré », terme volontiers employé dans les services de psychiatrie lorsqu'une équipe se sent débordée face à un patient qui en fait exploser les repères.

Progressivement certains lâcheront prise sur leur savoir et abandonneront ce désir de maîtrise pour se faire plutôt support d'une mise en mots plutôt que d'actes : ce passage pouvant s'apparenter au glissement du discours du maître et de l'universitaire à la fois à celui de l'analyste. Il sera alors entendable à force de réunions, d'analyse, de confrontations aussi au sein de l'équipe que la mise en jeu de la répétition est inéluctable sur la scène institutionnelle. « Ce qui ne peut pas être remémoré en mots se répète dans la conduite », dira Lacan, citant Freud. À l'*automaton* se noue la *tuché*, le réel comme rencontre <sup>5</sup>, nous dit Lacan, le réel du trauma pour M. E.

4. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre III, Les Psychoses*, Paris, Seuil, 1981, p. 57.

5. *Ibid.*, p. 54.

Il lui aura fallu plusieurs années (mais n'est-ce pas aussi ce qui est nécessaire dans une cure de névrosé) pour s'entendre rejouer les mêmes actes sur la même scène. C'est comme s'il y avait alors surgissement de sens – un équivalent d'*insight* – et qu'était apparu pour le patient psychotique que ses actes s'adressaient jusqu'alors à un Autre à travers le transfert, au « collectif » qui comprenait tout à la fois l'équipe soignante, les institutions mais aussi l'espace et les murs, dont on sait l'aspect contenant pour les psychotiques. C'est alors qu'il pourra y avoir passage du transfert au collectif où tout se trouvait entremêlé à quelques transferts singuliers où l'Autre prend consistance dans sa singularité même. Alors, dans son cas, il pourra y avoir rencontre et ébauche d'une relation transférentielle qui le mette au travail, alors que jusque-là la répétition s'avérait seulement mortifère et stérile. Les actes encore transgressifs de M. E. pouvaient du coup prendre sens pour l'équipe : ils avaient valeur pour certains d'*acting out*. « *L'acting out* [...] c'est l'amorce du transfert. C'est le transfert sauvage <sup>6</sup> », dit Lacan. La relation transférentielle à son médecin et à un infirmier en particulier permit ensuite, à l'occasion d'un de ses actes interprété au sein de l'équipe comme un *acting out*, une sortie, qu'il accepta cette fois sans difficulté avec proposition en ambulatoire d'un soutien social par un éducateur d'un centre d'hébergement et des entretiens réguliers avec l'infirmier. Plusieurs mois durant il put ainsi ne pas avoir recours à l'hospitalisation.

Cet exemple clinique illustre le mouvement thérapeutique et ses différentes phases souvent indispensables avec des patients parmi les plus difficiles dans les services de psychiatrie, psychotiques ou *border line* dont l'expression pathologique passe par l'acte et sa répétition itérative et peu supportable. Il y faut la référence à un dispositif institutionnel qui privilégie le collectif et l'accueil de chacun en acceptant de donner une scène à ce qui ne peut pas ne pas se rejouer pour pouvoir se dénouer. Il y a là analogie avec l'analyste qui « assurément dirige la cure » mais sans « diriger le patient <sup>7</sup> ». Et c'est à ce prix que le transfert dans sa réalité même, c'est-à-dire « la présence du passé », « une présence en acte <sup>8</sup> », peut s'installer.

6. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre X, L'Angoisse*, Paris, Seuil, 2004, p. 148.

7. J. Lacan, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », dans *Écrits, op. cit.*, p. 586.

8. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre VIII, Le Transfert*, Paris, Seuil, 1991, p. 206.

Cette pratique institutionnelle référée à la psychanalyse peut susciter des divergences, des désaccords profonds au sein de l'équipe, hospitalière dans le cas de M. E., voire des équipes quand elles sont plusieurs concernées par le même patient. Ces conflits sont alors à interpréter dans le transfert, ce que recouvrait en partie pour Freud le contre-transfert, comme expression des conflits et des clivages du patient. Et il est remarquable de noter qu'en général cette interprétation produit des effets de résolution chez le patient. On voit là combien la prise en compte de l'inconscient et de ses manifestations, y compris sous forme d'actes, peut être opérante pour le patient et diminuer progressivement la violence institutionnelle.

Une deuxième illustration clinique peut éclairer autrement les modalités de cette pratique institutionnelle. M. C. arriva dans le service en hospitalisation d'office il y a dix ans par transfèrement de la maison d'arrêt, après six mois d'incarcération pour des coups de couteau donnés dans un état délirant majeur, mêlant des thématiques de persécution et de grandeur. Le risque de passage à l'acte dangereux subsista longtemps. Il se présentait alors méfiant, réticent, bizarre. Il angoissait l'équipe, qui ne savait répondre à son impulsivité. Son parcours de toxicomanie à l'héroïne et de plusieurs séjours hospitaliers et pénitentiaires, ajouté à sa présentation de baroudeur tatoué, provoquait dans l'équipe infirmière et médicale nombre de fantasmes sur sa dangerosité potentielle.

Après une longue hospitalisation de près d'un an, il est refusé par un centre intersectoriel de réinsertion et il est décidé de lui proposer l'appartement thérapeutique du service, où il résidera plusieurs mois en congé d'essai, avec un contrat où figuraient également des activités au centre de jour du service ainsi qu'à l'hôpital pour continuer un groupe vidéo.

À cela se conjugue une séance hebdomadaire dans notre CMP avec une psychologue analyste qui prendra rang pour lui de psychothérapeute. Ses soins s'organisent donc de façon plurielle, articulée, tenant compte de ses demandes et de son investissement sur tel ou tel des soignants du service. Le dispositif de soins a pu se déployer progressivement, permettant un appui, et la constellation s'est constituée d'abord sur le collectif indifférencié puis sur plusieurs d'entre nous. Quant à la pratique du contrat, elle est ancienne dans

le service : le contrat stipule l'engagement du patient mais aussi celui de l'équipe, du service, de même que la durée éventuellement renouvelable, et il est cosigné, chaque partie disposant d'un exemplaire. Il s'agit au même titre que les autres institutions du service d'une « greffe de symbolique », pour reprendre l'expression de Jean Oury. Les institutions s'avèrent ainsi pour les psychotiques d'indispensables outils thérapeutiques dans la mesure où pour eux « la *Verwerfung* donc a coupé court à toute manifestation de l'ordre symbolique <sup>9</sup> », dit Lacan. L'utilisation des médiateurs a aussi, chacun le sait, cette fonction de support à la symbolisation, que le cadre de thérapies individuelles et de groupe met alors au travail dès que le transfert est possible.

M. C. en passa par là, mais curieusement, six mois après son entrée dans l'appartement, il fuguera – c'est la dénomination administrative – durant trois semaines et reviendra spontanément et directement à l'hôpital. Il ne pourra dire pourquoi cette fuite dans la ville du Sud-Ouest où il avait vécu des années auparavant. Il participera dans les mois suivants à un séjour thérapeutique avec le groupe photo du centre de jour, séjour suivi d'une exposition de ses travaux, puis il intégrera un des appartements communautaires associatifs du service. C'est alors qu'il commence des démarches d'insertion, il se soigne de son hépatite et son traitement neuroleptique retard massif est progressivement diminué par son nouveau médecin. Quelques mois plus tard, il se rend de nouveau dans cette ville, cette fois en organisant avec l'équipe son départ et pour y retrouver des traces de son passé, d'une période troublée faite de toxicomanie avec sa femme, dont il apprendra qu'elle est décédée d'overdose. Il tentera durant ce voyage de renouer avec ses parents à Toulouse mais sans succès. Son traitement retard sera par la suite suspendu, de même que son hospitalisation d'office après plusieurs expertises favorisées par son psychiatre.

Si l'insécurité d'une équipe peut induire la violence de certains patients psychotiques, on voit bien là *a contrario* qu'à travers ces décisions thérapeutiques ou administratives s'exprimaient autant le désir du médecin analyste que la reconnaissance de l'autre comme sujet. N'oublions pas, cela est valable autant pour la névrose que

9. J. Lacan, « Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la "Verneinung" de Freud », dans *Écrits*, op. cit., p. 387.

pour la psychose, que « le transfert est un phénomène où sont inclus ensemble le sujet et le psychanalyste [...] un phénomène essentiel lié au désir <sup>10</sup> ». Du désir, il en faut de part et d'autre mais en se gardant de « tout abus du désir de guérir », avec « une rigueur en quelque sorte éthique <sup>11</sup> ». Dans le cas de M. C., c'est ce qui permet qu'il accédât toujours davantage à l'expression de son propre désir.

Les années vont se succéder *via* un nouvel appartement collectif, puis l'installation en concubinage deux ans durant, puis l'hébergement chez une personne aveugle qu'il secondera. Et de nouveau il partira, cette fois sur les routes de l'étranger, pour trouver du travail dira-t-il, montrant là encore une fois l'expression d'une pulsion que certains qualifieraient de pulsion dromique ou viatorique pour le moins.

Il reviendra plusieurs mois plus tard dans un état à la fois abandonnique et délirant, opposant à tout traitement mais néanmoins demandeur d'aide. C'est pourquoi nous accepterons, malgré son refus de soins, de l'accueillir dans la journée au centre de jour et de le voir passer ses nuits dans la 4L du centre, faute d'hébergement autre. Nous adaptions le dispositif à ses incapacités d'intégrer la réalité, franchissant du coup avec lui les limites des règlements, nous mettant nous-mêmes hors jeu (institutionnel habituel), comme s'il avait fallu partager cet hors-scène avec lui pour qu'il puisse revenir ensuite comme les autres sur la scène. Cette vieille voiture, garée dans l'enceinte du centre tel un pseudopode de celui-ci, lui servait de prolongement protecteur indispensable, d'asile intermédiaire, de phase première et nécessaire de réinsertion sociale.

Nous le laisserons aussi déposer à sa demande ses frusques de clochard au CMP, formes abjectives de l'objet *a* qu'il acceptait de nous confier, dont nous avons la garde. Il aurait été possible alors de déclencher une nouvelle hospitalisation d'office à tout moment au vu de sa dangerosité impulsive ; c'était l'avis d'une partie de l'équipe. Plutôt que de réitérer la contrainte et la violence partagée, nous prendrons le risque de nous fonder sur les relations transférentielles existantes et chercherons par l'accueil et l'écoute à l'amener à une

10. J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XI, Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973, p. 210.

11. J. Lacan, « Variantes de la cure-type », dans *Écrits, op. cit.*, p. 324.

reprise progressive d'un traitement – d'abord tranquilisant puis anti-dépresseur – jusqu'à son acceptation d'une hospitalisation libre, qui permettra la reprise progressive d'un neuroleptique *per os*.

Il intégrera ensuite notre maison thérapeutique avant un nouvel appartement communautaire. Il écrira alors : « Si j'ai repris contact avec vous [il parlait là de sa psychothérapeute et de son médecin], c'est de moi-même et en pensant que le dialogue avec vous était le seul dialogue que je pouvais avoir avec la société malade elle aussi... je souhaiterais être traité en tant que citoyen avec des difficultés. » Dans ces quelques lignes, à la demande d'échange clairement formulée et à l'existence d'un transfert pluriel, s'ajoute le néologisme *cytoyen*, qui situe à la fois son appartenance au corps social et son désir de lien social telle une cellule d'un organisme l'une comme l'autre malades. Il s'agit d'un néologisme certes mais aussi d'une jolie métaphore qui indique tout le chemin accompli par ce sujet psychotique, pouvant passer par moments, sans remettre en cause la structure, du déni à la dénégation.

M. C. pourra par la suite accéder à la location d'un meublé et à une formation professionnelle, qui l'a conduit tout récemment à quitter durablement ses repères. Il demandera que son infirmier référent l'accompagne à quatre cents kilomètres, sur son lieu de formation, réalisant le trait d'union indispensable pour qu'il n'y ait pas de discontinuité. La question se pose sans doute pour lui du risque de rupture de la chaîne et d'une décompensation ; en tout cas il ne pouvait, sans qu'il y ait une très forte angoisse, anticiper son départ sans ce soutien physique de l'autre. Nous nous étions dit au revoir à plusieurs reprises ; il avait offert des cadeaux, essentiellement ses peintures, à divers membres de l'équipe ; la séparation était possible mais à cette seule condition que la chaîne, la trame, la toile peut-être s'étende à la façon d'un élastique avec son infirmier référent jusqu'à son lieu de formation, qu'elle s'y fixe pour qu'une suite puisse s'élaborer sous forme d'une nouvelle séquence.

En effet, le parcours de M. C. depuis son arrivée dans le service se caractérise par une succession quasi pulsionnelle de séquences, de ruptures, de coupures même (les traces du couteau sur son corps, les tatouages), dans une mise en actes inévitable et ancienne dans son histoire. La répétition de cette succession a pu être accompagnée pourtant, dans « une ponctuation heureuse », par une suite de

changements faisant circulation dans le dispositif institutionnel. Ces décisions ont pu faire scansion, ce terme valant pour l'analogie avec l'acte de l'analyste, scansion dont Lacan dit qu'elle « a toute la valeur d'une intervention pour précipiter les moments concluants <sup>12</sup> ». Ce ne fut pas toujours le cas pour M. C., mais cette utilisation des différents espaces de soins, d'accueil, d'hébergement, de thérapie du service a servi de trame-support de symbolisation, aidée en cela par les relations transférentielles renforcées au fil des ans et des péripéties.

Ces deux observations cliniques situées dans une pratique référée à la psychothérapie institutionnelle ont tenté de montrer combien la praxis analytique la nourrissait et combien les concepts lacaniens enrichissent l'analyse institutionnelle : transfert, passage à l'acte et *acting out*, *automaton* et *tuché*, sujet supposé savoir, objet *a*, scansion, etc. Il apparaît aussi combien transmissibles, y compris aux jeunes soignants, sont de tels concepts lorsqu'ils sont mis au service de la clinique.

Pour conclure provisoirement, voici une hypothèse reprenant les trois temps que Lacan développe dans son texte sur le temps logique <sup>13</sup>, qu'il convient d'adapter à la prise en charge de ces patients psychotiques ou « limites ».

Le premier temps concerne l'expression délirante verbale ou agie, le temps de la répétition nécessaire sur la scène institutionnelle, comme le névrosé répète sur le divan au sujet supposé savoir qu'est l'analyste au début de la cure. Cette étape consiste à accepter pour chacun d'être mis en position d'objet (au sens des objets morcelés, dans la psychose et les pathologies voisines) et à ne pas désirer pour le patient (par exemple son insertion, sa stabilité, sa sortie rapide...) ; à l'accompagner dans sa traversée du réel, de l'impossible à dire, pour qu'ensuite il y ait du possible. Ce temps éprouvant qui met à mal la cohésion des équipes, c'est *l'instant de voir*, qui peut se résoudre dans le champ institutionnel souvent par l'observation, le relevé symptomatique mais aussi le malentendu, l'incompréhension, le rejet.

12. J. Lacan, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », art. cit., p. 252.

13. J. Lacan, « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », dans *Écrits*, op. cit., p. 197-213.

Il faut en effet en passer par cette première période indispensable à traverser avec le patient pour qu'une rencontre ait lieu et que *le temps pour comprendre* s'installe. Le transfert doit être accepté, favorisé par l'engagement de l'équipe, un transfert pluriel, multi-référentiel. Ce qui va se jouer ensuite ne sera pas plus facile ; les passages à l'acte céderont la place aux possibles *acting out*, qu'il conviendra d'interpréter, car, à défaut, la répétition peut perdurer, les passages à l'acte reprendre ou les *acting out* se succéder stérilement. Ce temps pour comprendre qui fait de plus en plus souvent défaut par collapsus entre instant de voir et moment de conclure, du fait de l'urgence notamment, permettra la mise en mots progressive, l'accès aux signifiants du sujet, à ceux d'une demande naissante, puis une élaboration dans un cadre psychothérapique duel et de groupe. Cette cure psychothérapique s'accompagnera d'un questionnement permanent de l'équipe et d'une remise en cause des fonctionnements institutionnels défailants.

C'est le transfert, avec sa partie intégrante contre-transférentielle, qui sera à l'œuvre durant cette longue deuxième période avant d'en arriver au troisième temps, *le moment de conclure*. Ce moment de conclure, on pourrait le voir, avec les psychotiques, comme le temps des décisions, des orientations, utilisation raisonnée du dispositif de soins sectoriel, alors que l'équipe retrouve une cohésion nouvelle autour du patient.

Il s'agit là d'une hypothèse que vos remarques ne manqueront pas de questionner.