

S.O.S Amitié

— la revue —

Numéro 141 — Automne 2009

À l'écoute des malades psychiques

ELISABETH HOFFMAN-BEYER

La maladie mentale aujourd'hui

INTERVIEW DE PIERRE JAMET

Je ne l'ai pas cru...

CLÉMENT

Les troubles psychiques

Un mal.  Des mots.

S.O.S Amitié

Sommaire



Photo de couverture : DR

Que pensez-vous de la revue ?

Le Comité de rédaction sollicite l'avis des lecteurs sur la Revue. Vous souhaitez vous exprimer, même brièvement, sur sa raison d'être, sa forme, son contenu ou sur l'un des sujets abordés ? Le plus simple est d'adresser un message à jpigot@sos-amitie.org



06



13

04 Les troubles psychiques

Dossier

21 Journal de Virginia Woolf

(Extraits)

22 Le Pèse-Nerfs

Antonin Artaud

23 «Je ne l'ai pas cru», ou le doute au service de Narcisse

D'accord... Pas d'accord

26 Les Petits frères des Pauvres Solitud'Écoute

Nouvelles d'ailleurs

Abonnement

| | |
|----------------------------------|-----------------|
| Abonnement normal..... | 18€50 |
| Abonnement pour l'étranger | 23€ |
| Abonnement de soutien..... | à partir de 40€ |

4 numéros par an (à découper ou à recopier sur papier libre)
Merci de nous indiquer les noms et adresses
de manière complète et lisible

Je m'abonne : M./Mme

Adresse :

Je me réabonne : M./Mme

Adresse :

☞ Ci-joint un chèque de.....€ établi à l'ordre de S.O.S Amitié France

☞ Je préfère régler mon abonnement par virement postal : CCP11409-45-N

☞ À adresser à S.O.S Amitié France

11, rue des Immeubles Industriels - 75011 Paris

ISSN 0766-4133

Revue trimestrielle éditée
par S.O.S Amitié France –
Association reconnue
d'utilité publique

Directeur de publication

Daniel Boissaye

Comité d'animation

11, rue des Immeubles industriels
75011 Paris

Rédacteur en chef

Jean-Pierre Igot

Comité de rédaction

Marie Bragard, Pierre Couette
Ghyslaine Goulley-Leloup,
Caroline Huleu,

Conception

Mickaël Bazoge
mbazoge@gmail.com

Impression

L'Artésienne 03 21 72 78 90
Z.I. de l'Alouette, 62802 Liévin cedex



UNE REVUE FÉDÉRALE, POURQUOI FAIRE ?

Créée en janvier 1974, la Revue a d'abord été un organe de liaison entre des Postes qui venaient peu à peu de se regrouper en une Fédération afin de mieux coordonner leur action, se donner un cadre de fonctionnement et des moyens de formation communs. S'apparentant plus à un Bulletin ayant vocation à relater les activités marquantes des Postes ainsi que les jalons institutionnels de la toute jeune Fédération, la Revue s'est peu à peu muée en organe de formation continue. Un outil destiné à accompagner les écoutants et à approfondir pour l'ensemble des Postes les diverses questions soulevées par le quotidien de l'écoute. Peu à peu, les réflexions se sont organisées autour d'un thème qui alimente un dossier central. La prévention du suicide, l'anonymat, la notion d'urgence, l'état de crise, la transmission, la résonance émotionnelle des appels, la violence, la sexualité mais aussi la voix, le corps, l'engagement bénévole, ont été autant d'entrées différentes mais complémentaires permettant de retravailler les fondamentaux qui constituent l'ossature et la raison d'être de l'institution. Le Comité de la Revue composé de six écoutants se charge d'en construire la maquette, de rechercher les sources à même d'alimenter les articles et de solliciter des contributions d'experts jugés compétents sur le sujet abordé. Présenté ainsi, le dispositif semble pertinent et n'est d'ailleurs guère contesté. Une absence de réactions rassurante au premier abord, mais qui peut aussi masquer un manque d'intérêt, une indifférence polie face à un objet habillé certes de façon plaisante, soignée, peut-être même trop luxueuse (?). Mais une publication qui peut, ici ou là, être ressentie comme unilatérale tant le débat et la contradiction y sont largement absents. Le passage de témoin au niveau du rédacteur en chef et le renouvellement en cours du comité de rédaction pourraient être une opportunité pour s'interroger sur le rôle actuel de la Revue et de réfléchir à son orientation future. C'est aussi l'occasion de redire ici que ses pages sont ouvertes à ceux ou celles d'entre vous qui souhaiteraient alimenter ce débat-là (ou d'autres à ouvrir). Vos réactions seront les bienvenues.

Les récents numéros ont été l'occasion de donner la parole à

nos partenaires ou à des structures qui proposent une écoute différente de la nôtre dans ses modalités, mais bien souvent complémentaire. Une manière d'élargir notre horizon, justement, et de permettre à chacun d'entre nous de mieux situer sa démarche d'écouter S.O.S Amitié dans le vaste champ de l'aide sociale, en France et ailleurs.

On constate à cette occasion que la Revue est de plus en plus lue à l'extérieur par tous ceux et celles qui se préoccupent de promouvoir une écoute authentique de l'autre au sein d'une société qui en est encore assez dépourvue. Est clairement en jeu ici, ce rôle social que la Charte de S.O.S Amitié invoque dans son dernier alinéa.

Le présent numéro tente d'aborder le vaste et difficile champ de l'écoute des personnes en difficulté sur le plan psychique. Dans la plupart des Postes on s'aperçoit que le nombre d'appels de ces personnes augmente régulièrement. Des appels face auxquels les écoutants se sentent bien souvent interpellés sur ce qui fonde la «normalité» de nos comportements, tant individuels que collectifs. Bien souvent démunis aussi au niveau de la nomenclature, des symptômes et parfois des diagnostics évoqués par les appelants. «Dépression», «T.O.C», «Schizophrénie», «Troubles maniaco-dépressifs», «Hystéries» : autant de termes couramment utilisés durant les appels et dont certains ont été banalisés et détournés de leur sens initial en passant dans le langage courant. Le présent dossier tente d'en clarifier un peu la signification originelle ainsi que les différentes approches médicales, psychologiques et psychanalytiques de la prise en charge des différents troubles.

La parole est également donnée à plusieurs experts pour évoquer l'état actuel des connaissances, mais aussi la place que peut -et doit- occuper l'écoute telle qu'elle est pratiquée à S.O.S Amitié dans l'accompagnement de ces personnes.

Enfin et en marge de ce dossier, un débat vous est proposé sur la difficulté d'écouter des appels apparemment incohérents ou qui paraissent à tout le moins dénués de vraisemblance. L'article «Je ne l'ai pas cru» proposé par Clément vise à ouvrir le débat sur ce sujet, qui agite assez régulièrement les groupes de supervision-partage.

Bonne lecture à tous et à toutes

...Et à vous lire en retour !

jpigot@sos-amitie.org

*Mieux situer
la démarche
d'écouter
S.O.S Amitié
dans le vaste
champ de
l'aide sociale,
en France et
ailleurs.*

Les troubles psychiques

BERCEUSE - J. DUTRONC

Phénergan, Mogadon,
Tranquillisants, Optalidon,
Impossible de dormir,
Avec Isabelle dans mon lit.
Atarax, Immenoctal,
Olympax et Binoctal,
J'peux pas trouver l'repos,
Avec ces taxes et ces impôts.
Nabutal et Valium,
Eunoctal et Librium,
C'est bien la dernière fois
Que j'dîne au resto chinois.
Palmokyne, Noctadiol,
Somalgine et Beatol,
Le voisin du dessus,
Joue du violon dans les aigüs.
Phénergan, Mogadon,
Tranquillisants, Optalidon,
Le passage des éboueurs,
Est mon réveil dans un quart
d'heure.
Phénergan, Mogadon,
Tranquillisants, Optalidon,
Le passage des éboueurs,
Est mon réveil dans moins
d'un quart d'heure.

- 05 Brève histoire de la Folie
- 06 Question de mot : Pourquoi pas le mot «folie»
- 07 Les troubles psychiques
- 10 L'écoute des malades psychiques
- 13 La maladie mentale aujourd'hui.
Quelle place pour l'écoute ?
- 17 Points de vue d'écouterants
- 18 Nouvelles d'ailleurs : Le Cheval Bleu
- 19 Galerie d'Artistes

BREVE HISTOIRE DE LA «FOLIE»

Il y a eu d'abord les « possédés » et les « démoniaques » du monde judéo-chrétien, et qui ont hanté l'imaginaire du Moyen-âge. Puis les divers « pauvres » que le Grand Siècle de Louis XIV a enfermé pêle-mêle dans l'« Hôpital Général » : mendiants, estropiés, prostituées, etc... « fols », et où sévissait une discipline de fer, dans le vain espoir qu'une rééducation charitable y était possible. Puis ce fut l'époque des « aliénés », au XIXème siècle, où la psychiatrie naissante y expérimentait ses premiers traitements : douches glacées, saignées, substances diverses (bromure, etc.) et même les électrothérapies sauvages, mais toujours avec l'enfermement asilaire et la camisole physique. Il y eut aussi le court, mais ignoble épisode, dans les années 1940-41, de la politique nazie envers les « bouches inutiles » : 100 000 malades mentaux furent ainsi secrètement « euthanasiés »...

Mais des avancées théoriques ouvrent ensuite heureusement de nouveaux horizons, en particulier la psychanalyse freudienne, où la parole du malade est enfin écoutée, et livre accès aux infinies complexités de l'inconscient individuel et collectif. Enfin, les premières substances dites « neuroleptiques » font leur apparition dans les années 1950, permettant progressivement de rendre à une vie presque « normale » des personnes qui n'avaient autrefois aucun espoir d'amélioration de leur état. Un mouvement de remise en cause profonde de la politique précédente, appelé « antipsychiatrie », change alors le regard porté sur les malades et la maladie mentale, et vide en partie les établissements, non sans excès parfois...

Mais cette évolution des thérapies par l'usage de médicaments appropriés, peu à peu maîtrisés, n'est pas non plus sans risque... La « camisole chimique » remplace certes avantageusement le lit de contention, mais la « pilule du bonheur » devient alors un marché prometteur pour les multinationales de la pharmacie.

Cette dérive a été mise récemment en évidence à propos de la nomenclature - d'origine américaine, mais pratiquement d'usage international - qui classifie les



différentes maladies mentales : il s'agit du D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual). Sa première version datant de 1952 comportait 112 troubles répertoriés, sa 4ème révision, en 1994, en répertorie 374... Cette inflation ne manque pas d'interroger : le nombre de maladies mentales - et donc de personnes qui en souffrent - s'est-il accru dramatiquement en à peine 50 ans ? Ou est-ce l'outil de diagnostic qui serait en cause ? En étudiant la façon dont fonctionnent les groupes de travail du D.S.M., certains chercheurs ont d'abord souligné les liens financiers troubles existant entre les laboratoires et certains psychiatres. Par ailleurs, les décisions y sont prises par des votes, et non par consensus, comme il est d'usage dans des groupes d'experts. Et surtout, les critères utilisés pour définir les troubles sont purement pragmatiques, sans théorie, pour éviter, pense-t-on, le risque d'une interprétation subjective de la part du thérapeute. Mais le principe qui sous-tend la nomenclature est en quelque sorte déjà « idéologique » : un « trouble » est avant tout décrit comme un « écart », une « déviance » par rapport à la « normalité », qui, dans le cas des maladies mentales, ne peut être définie qu'en fonction des comportements sociaux dominants d'une époque...

Ainsi, à l'origine, dans le D.S.M. I de 1952, l'homosexualité y figurait-elle à part entière, et ce n'est qu'après d'âpres débats que désormais seuls les « troubles de l'identité sexuelle » y sont mentionnés,

Rendre à une vie presque « normale » des personnes qui n'avaient autrefois aucun espoir d'amélioration de leur état

car l'orientation sexuelle a été finalement reconnue comme un choix de vie, et non comme une maladie... Plus subtilement, dans le D.S.M. IV de 1994, c'est par exemple la banale « timidité » qui y a fait son entrée, non sans arrière-pensée : pour soigner un tel « trouble », des laboratoires, relayés par des psychiatres, ayant sûrement préconisé une nouvelle molécule efficace...

Les concepts qui tentent de désigner la « folie », sous ses multiples formes, et ses divers enjeux de société, sont donc à manier avec une extrême précaution. L'histoire de la psychiatrie est une longue et chaotique « humanisation », comme peut l'évoquer l'évolution des appellations des établissements qui accueillent en France les malades mentaux :
1838 : Asiles d'aliénés
1937 : Hôpitaux psychiatriques (H.P.)

1970 : Centres Hospitaliers Spécialisés (C.H.S.), complétés de « Secteurs psychiatriques »

2002 : Etablissements Publics de Santé Mentale (E.P.S.M.)

Et elle est encore loin d'être achevée... ■

Pierre Couette

Comité de rédaction

QUESTION DE MOT POURQUOI PAS LE MOT FOLIE ?

Qui prétendra que le terme « non-voyants » n'altère pas notre représentation des aveugles avec leur canne blanche et son tac-tac sur le bitume. Les voilà réduits à une invalide fonction ou ce qui les distingue d'une norme qui reste à définir. Idem pour : les malentendants, les personnes à mobilité réduite, les personnes de petite taille, les gays, les seniors, les jeunes, les sans-emplois etc. Question d'époque probablement, où « le politiquement correct » de nos modernes technocraties vide les mots de leurs affects et crée des néologismes, plus policés, plus techniques, moins évocateurs d'images bien ancrées dans nos consciences.

Notre monde nous place linguistiquement dans une catégorie fonctionnelle et/ou technique, et nos ressentis, nos affects sont limités à la sphère des relations privées (famille, amis,) ou spécialisées (médecins, psychologues,). Tout comme les tableaux statistiques évacuent souvent la dimension de vie des êtres ainsi encartés.

Nous sommes régulièrement face à cette réalité pendant nos écoutes, où les personnes qui appellent se présentent souvent dans un premier temps par leur « groupe d'appartenance » (malade mental, handicapé, invalide, etc.) et non comme un être global, enfermées dans la catégorie qui leur est assignée. Cet étiquetage limite ainsi la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, rendant à un certain point superflue l'expression spontanée de leur souffrance, l'autre étant supposé « lire » l'étiquette.

Est-ce pour les mêmes raisons qu'on n'entend plus le mot « folie », le mot « fou », que dans une acception littéraire ou populaire ; ceux-ci ont été désertés pour maladie mentale, malade mental, la folie comme l'aveuglement ou la surdité étant réservés à la métaphore.

Diverses études se recoupent dans la perception des mots « fou » et « malade mental ».

Le fou est inadapté au monde, à la réalité et à la société. Sa réalité n'est pas la nôtre, il vit dans un autre monde tout à

*Le fou
EST fou
et le
malade
mental
A une
maladie.
De la
difficulté
d'être*



Edvard Munch – Nu sanglotant, 1913

fait détaché du nôtre, il est au-delà des cadres. On ne peut rien dire du fou. On ne peut rien comprendre de lui car il ne correspond pas à nos schémas de pensée. Il est « dans un autre monde », notre monde et ses règles ne peuvent s'adapter à lui. Il n'est concerné par aucune loi. Son imprévisibilité fait peur.

Un glissement s'est opéré au fil du temps. La représentation du fou s'appuie sur des notions fortes et angoissantes comme la différence et la crainte de l'autre, la déposssession de soi (qui renvoie aussi à la mort), alors que le malade mental porte en lui une maladie à laquelle des causes et des traitements sont associés. La maladie mentale est donc plus « rassurante » que la folie car, (théoriquement) comprise par le médecin, ce dernier pourrait la cadrer avec sa connaissance clinique, technique et chimique. Le malade mental serait donc ressenti plus maîtrisable que le fou « hors de lui ».

Ces mots « folie », « fou », outre la peur, ne renverraient-ils pas non plus à la cruauté dont ont été victimes tous les pauvres « déments » du temps jadis ? Nombreux sont les témoignages, littéraires, juridiques et médicaux, rendant compte de la barbarie pratiquée dans les « maisons d'internement » et autres « asiles ». Désir d'oublier ? (dans cet ordre d'idée le mot

« Shoah » -ici pas terme technique, mais mot étranger et donc autre forme de mise à distance- n'escamote-t-il pas la brutalité clinique de l'expression « solution finale ») ?

En caricaturant, le fou EST fou et le malade mental A une maladie. De la difficulté d'être...

Lorsque je regarde une oeuvre d'Edvard Munch ou d'Aloïse, lis Virginia Woolf ou Alfred Kubin, écoute Robert Schumann, je pense à leur peur de la folie -c'était leur mot, qui finirait par les plonger dans le silence, que ce soit par l'internement ou le suicide.

Je plaide ici pour ces « vieux » mots dont l'usage au sens propre, s'il disparaît, n'en a pas moins marqué nos imaginaires et nos mémoires. Ce sont des mots pleins de fibre, de sang et de larmes, chargés d'histoire et de combien plus d'humanité que nos réductions cliniques : même s'ils font peur, ils me semblent parler plus de notre communauté.

Je n'ai pas complètement rempli ma mission informative, preuve que ce mot plonge toujours dans l'interrogation et la méditation, et qu'il y entre beaucoup de subjectivité. Le débat est ouvert. ■

Ghyslaine Leloup

Comité de la revue

LES TROUBLES PSYCHIQUES ÉVOQUÉS À L'ÉCOUTE

Ce qui suit ne prétend pas, bien entendu, décrire avec précision les principaux troubles psychiques de plus en plus sous-jacents ou évoqués explicitement au fil des écoutes. Mais plutôt d'en dire ce qui pourrait aider à une meilleure empathie lors d'appels qui parfois désorientent et interpellent notre sens de la «normalité».

Les troubles de l'humeur (dépression, manie)

Terme aujourd'hui galvaudé en déprime, coups de blues qui sont des tristesses passagères, la véritable dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une lassitude importante, une dépréciation de soi, un pessimisme qui perturbent les rapports psychoaffectifs. Sentiment d'échec dans la vie, avenir impossible, perte de plaisir et d'intérêt à toute chose, irritabilité, troubles du sommeil en sont les principaux signaux.

Sa forme la plus aiguë, la mélancolie ou dépression majeure, s'accompagne d'une perte totale de la volonté, parfois d'une anorexie grave et de ruminations suicidaires. Il arrive aussi qu'elle soit masquée derrière des douleurs continues qui résistent aux prescriptions antidouleur.

La dépression résulte généralement de différents facteurs qui interagissent entre eux et dont on ne sait trop s'ils en sont les causes ou les conséquences : biologiques (dysfonctionnement au niveau des neurotransmetteurs), psychologiques (situations de stress, fortes émotions), génétiques ou sociales (déracinement, deuil, chômage...).

Comme on le sait, son traitement associe généralement médicaments antidépresseurs et psychothérapie. À côté et en complément de ce suivi professionnel, de plus en plus de personnes dépressives recherchent une écoute plus «amicale» que l'entourage familial, souvent démuni, a du mal à leur apporter. Elles appellent de plus en plus fréquemment.

À l'inverse, la manie caractérise une excitation, une intensification des émotions, une accélération de la pensée qui génère euphorie mais aussi irritabilité, agitation, fuite dans les idées, sauts du «coq à l'âne», besoin de parler sans arrêt et de façon précipitée. Bien souvent, le maniaque n'a pas conscience de son état et ne se laisse que difficilement soigner. Les conséquences sur le plan social et les effets sur l'entourage immédiat ne sont



perçus que lorsque la manie diminue, suscitant alors confusion ou honte.

Là aussi, le traitement, quand il est accepté, associe médicaments thymorégulateurs (lithium), neuroleptiques mais surtout un apprentissage des signes avant-coureurs d'un nouvel épisode afin de le contrer à temps.

Ces deux troubles alternent chez les maniaque-dépressifs que nous évoquerons par la suite.

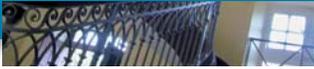
Les névroses

Tout un chacun se trouve pris dans des conflits d'ordre névrotique, que Freud décrit comme des conflits psychiques entre le ça et le Surmoi, la pulsion et la défense qui s'y oppose, le principe de plaisir et celui de réalité. Le comportement habituel, «normal», consiste à résoudre ces conflits par un compromis entraînant un certain refoulement. Faute d'y parvenir, peuvent apparaître des troubles névrotiques : névroses phobiques, d'angoisse,

hystériques ou obsessionnelles.

La **phobie** est un symptôme, fréquent chez les enfants et qui persiste parfois chez l'adulte. Elle se caractérise par une focalisation de l'angoisse sur certains objets externes (souris, avions, sang...), sur des personnes (agoraphobie) ou des situations (claustrophobie). Une peur irrationnelle, majeure, pouvant déboucher sur une véritable panique avec malaise général, sueurs, battements de cœur... Les personnes victimes de phobies savent que leur peur n'est pas justifiée. Elles tentent d'en fuir l'objet ou se font accompagner par un objet «contra phobique» rassurant : gri-gri ou personne de confiance. Quand la phobie est accompagnée d'autres symptômes névrotiques qui envahissent la vie, on parle de névrose phobique.

La psychothérapie préconisée vise à réduire progressivement le comportement en accompagnant le patient ●●●



••• au cours d'approches progressives de la situation redoutée, tandis que la psychanalyse en recherchera plutôt l'origine.

L'**hystérie** consiste à simuler des pathologies organiques alors que n'existe aucune anomalie neurologique (paralysies, troubles de la parole ou de la sensibilité, crises pseudo-épileptiques, comas psychogènes), voire à les reproduire par autosuggestion. Historiquement, l'hystérie a été associée à la féminité et plus précisément à l'utérus (qui lui a donné son nom) supposé générer les différents symptômes au gré de ses mouvements dans le corps. La raison en serait que dans une société où la femme et la féminité étaient opprimées celle-ci l'aurait utilisée comme moyen pour exprimer son malaise psychologique.

La **névrose hystérique**, elle, se manifeste par des symptômes physiques réels, non simulés. Le patient est vraiment aveugle

ou paralysé, sans qu'il y ait une quelconque lésion mais par une force d'ordre purement psychologique.

Les **troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.)** se manifestent sous des formes très variées, tel le besoin de nettoyer et de se laver en permanence par crainte d'être contaminé, ou de vérifier plusieurs fois de suite les portes. La personne est anxieuse et obsédée par des peurs (d'être violente, de se suicider, du désordre). Elle lutte sans cesse contre ses obsessions, ressasse des idées fixes, instaure des rituels protecteurs, compte et recompte tout, amasse des objets ou réalise certaines actions avec une extrême application pour conjurer une catastrophe...

Les T.O.C. apparaissent souvent à la fin de l'enfance. Freud relie ces névroses obsessionnelles à un sentiment de culpabilité suite aux premières expériences génératrices de plaisir. La psychanalyse considère qu'elles résultent d'un conflit

inconscient entre les pulsions de plaisir et les tendances destructrices.

La prise en charge des T.O.C. s'appuie sur une psychothérapie visant à différencier les pensées obsessionnelles des pensées normales. Dans les cas plus sévères s'y rajoute l'administration dans la durée d'antidépresseurs à forte dose.

Les psychoses

Lorsque les troubles psychiques entraînent des altérations de la perception, du raisonnement et du jugement qui affectent en profondeur la personnalité, on parle de psychoses et notamment de schizophrénies et de psychoses maniaco-dépressives.

Être **maniaco-dépressif** - ou **bipolaire** - c'est être sujet à des fluctuations d'humeur excessives sans qu'il n'y ait forcément un évènement déclencheur, alterner des périodes de manie, excitation psychomotrice, suivies de périodes de dépression, de mélancolie profonde. D'un côté, optimisme, surestimation de soi et projets irréalistes, agitation, hyperactivité, fuite dans les idées, flots de paroles ou d'écrits. De l'autre, des phases mélancoliques durant lesquelles le risque de suicide est particulièrement élevé.

Entre les deux, des phases d'humeur normale plus ou moins longues, mais où se révèlent les difficultés d'adaptation sociale.

À des causes parfois génétiques se rajoutent des facteurs précipitant dus aux évènements de la vie (deuil, carence affective, agressions sexuelles mais aussi stress, surmenage professionnel, manque de sommeil...).

C'est une maladie considérée comme chronique, dont les effets peuvent s'atténuer par un traitement associant médicaments, thérapies de groupes mais aussi accompagnement personnel, si possible par des proches.

L'écoute de ces personnes à S.O.S Amitié est importante en raison du risque élevé de suicide durant les périodes de dépression.

La **schizophrénie**, littéralement «esprit coupé» et que l'on a ainsi tendance à considérer dans le langage courant et de façon erronée comme une sorte de dédoublement conflictuel de la personnalité, se manifeste d'abord par des troubles de la connaissance : manque de concentration, oubli des tâches •••



DR

••• quotidiennes, difficulté à suivre une conversation, difficulté à conceptualiser et à organiser.

Sous sa forme aiguë peuvent apparaître des hallucinations ou des délires. Le langage peut devenir incohérent. À l'inverse, le schizophrène pourra s'isoler, devenir apathique et se négliger.

La dissociation caractérise une incohérence entre les fonctions affectives, cognitives ou l'humeur (par exemple : rire lors d'un enterrement).

On connaît assez mal cette maladie appelée autrefois «démence précoce» et qui touche les hommes dès la fin de l'adolescence et les femmes plus tard. Les schizophrènes consomment souvent des substances toxiques, notamment du cannabis, dans une recherche d'apaisement plutôt inefficace ou même aggravante. Les traitements à base de neuroleptiques (antipsychotiques) sont indispensables. Ils permettent d'en atténuer les symptômes. On les complète soit par une psychothérapie du comportement visant à rééduquer les fonctions altérées par la maladie, soit par un accompagnement d'ordre psychanalytique. Une partie de ces difficultés peut provenir de l'entourage (familles à forts débordements émotionnels), qui peut accroître les risques de récurrence.

Les délires et les paranoïas

Le délire est un symptôme qui apparaît dans les psychoses, les manies, les intoxications, ainsi que dans les démences séniles ou la maladie d'Alzheimer. La personne exprime des idées ou des convictions en désaccord avec les observations et les croyances habituelles dans un contexte culturel donné.

Les délires organisés se développent de manière logique et cohérente et peuvent même convaincre l'entourage. Les autres apparaissent comme une désorganisation de la pensée.

Ils peuvent naître à partir d'une hallucination (entendre des voix), une interprétation délirante d'un fait réel, l'illusion d'un pouvoir ou d'un état (se prendre pour un dieu).

Le délire se construit alors autour d'une idée de persécution, la revendication d'un droit, la conviction d'un préjudice subi. Il peut entraîner la mégalomanie, la jalousie, l'auto-accusation, un discours visionnaire ou mystique.



Un besoin d'accompagnement chaleureux et amical de la personne en vue de reconstruire son état psychologique

Le délire peut intervenir en bouffées temporaires ou de façon chronique chez certains schizophrènes ou paranoïaques.

Le délirant se réfugie en fait dans un monde différent, imaginaire, où il peut dire directement comment cela se passe du côté des pulsions sans les refouler. Le délire est sa seule réalité.

Il est difficile pour l'entourage d'un délirant de lui faire admettre le trouble, surtout lorsque le discours est cohérent. Il convient alors de tenter d'établir avec lui un rapport d'empathie, de reconnaître sa douleur et sa peur.

La **paranoïa** est une forme particulière de délire, chronique, structurée, logique dans son développement mais associée à un sentiment de persécution. Elle entraîne une méfiance envers les autres, supposés malveillants. Le paranoïaque pense que les autres l'exploitent, le trompent, en ont à sa réputation. Il est réticent à se confier, interprète comme des menaces des événements tout à fait anodins, est rancunier et réagit facilement avec colère.

Du fait du déni des troubles, la paranoïa reste souvent sans soins, une proposition de cet ordre étant elle-même vécue comme une agression. La relation thérapeutique elle-même est difficile, le thérapeute pouvant être idéalisé au départ avant de devenir cause de persécution et lui-même objet de délire.

La psychose paranoïaque se soigne à l'aide de neuroleptiques associés, transitoirement, à des antidépresseurs ou des sédatifs.

L'hospitalisation, éventuellement sous contrainte, intervient lors de risque suicidaire ou encore s'il y a danger pour l'entourage.

On notera que le névrosé pas plus que le psychotique ne maîtrise quoi que ce soit

de sa maladie en dehors du fait -douloureux- qu'il se rend compte, lui, qu'il est malade même si on ne trouve aucune lésion organique sous-jacente.

Perspectives

Comme on le voit, la maladie mentale reste un vaste champ à défricher, quelle que soit l'entrée -biologique, psychologique ou psychanalytique- adoptée pour le faire.

Les écoles de pensée sont plurielles, comme les approches thérapeutiques adoptées. Des thérapies qui combinent de plus en plus des prescriptions médicamenteuses, aux effets secondaires parfois peu ou mal maîtrisés, des psychothérapies portant sur le comportement face au trouble ou encore des séances d'analyse sur une plus longue durée et dont on mesure parfois mal l'efficacité.

Par ailleurs, l'idée revient assez souvent d'un besoin d'accompagnement chaleureux et amical de la personne en vue de reconnaître son état psychologique, ses angoisses, sa douleur morale ou son sentiment de culpabilité vis-à-vis de son entourage notamment. On peut penser que c'est là que l'écoute telle qu'elle est pratiquée à S.O.S Amitié trouve toute sa place. C'est sans doute aussi pour cette raison que le nombre de ces appels s'accroît, ainsi que leur répétition dans le temps. ■

Sources :

- *Dictionnaire International de la Psychanalyse*

Collection dirigée par A. de Mijolla» Hachette

Littératures

- *Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*

P. Kauffmann. Référents Bordas

- *Du délire au désir* J.-F. Freymann & M. Patris. Ed.

Erès

- Encyclopédie Wikipédia <http://fr.wikipedia.org/wiki/>

L'ÉCOUTE DES MALADES PSYCHIQUES

Élisabeth Hoffmann-Beyer, psychiatre, a été écoutante puis formatrice au Poste de Strasbourg. À ce double titre, elle apporte son point de vue sur les difficultés rencontrées par les écoutants à l'écoute des malades psychiques.

Ce qui a toujours forcé mon admiration pour S.O.S Amitié, c'est son travail permanent et exigeant de l'écoute. Ma profession de psychiatre m'avait pourtant sensibilisée à ce sujet, mais c'est en devenant écoutante à S.O.S Amitié que je me suis véritablement mise à interroger ma façon d'écouter. En effet, jusque-là, mon écoute de psychiatre était orientée d'abord par le nécessaire diagnostic qui oriente le traitement.

La charte de S.O.S Amitié stipule que l'écoute est non-directive. C'est-à-dire qu'elle n'est pas orientée vers un but quelconque, autre que celui de desserrer l'angoisse de la personne qui appelle. Avec si peu de directives, se pose en permanence la question du «comment écouter». On cherche une référence de travail plus tangible et l'on arrive inmanquablement à l'éternelle question du «quoi écouter».

C'est là que la psychiatre que je suis est interpellée parce que créditée d'un savoir supplémentaire supposé aidant dans cette écoute-là et l'on me demande de partager ce «quoi écouter». Mon expérience d'écoutante m'a appris qu'au contraire, cet excédent de savoir dans le domaine psychiatrique brouillait mon écoute en ce qu'elle me donnait des préjugés supplémentaires : en «diagnostiquant» par réflexe professionnel les appelants, je leur mettais une étiquette, en contradiction flagrante avec la charte. Car en dehors d'une démarche thérapeutique (et S.O.S Amitié n'a nullement l'ambition de soigner lors d'un appel d'une trentaine de minutes), à quoi sert un diagnostic, sinon à ranger l'appelant dans une boîte ? Explorons donc ensemble ce fameux «quoi» psychiatrique rencontré au gré des appels...

La majorité des appelants évoqués ici sont en souffrance. Cette souffrance se manifeste de façon variée, sans que le sujet ait le choix de son expression. On peut simplifier en retenant deux grandes catégories de manifestations de cette souffrance : la dépression et le délire.

C'est cette dernière catégorie, le délire, qui pose le plus de problèmes aux écoutants. C'est donc à elle que je consacrerai l'essentiel de mon propos. En notant d'emblée que la nomenclature des appels les qualifie, d'une manière que vous me permettez de juger absurde si ce n'est injurieuse, de «mentaux».

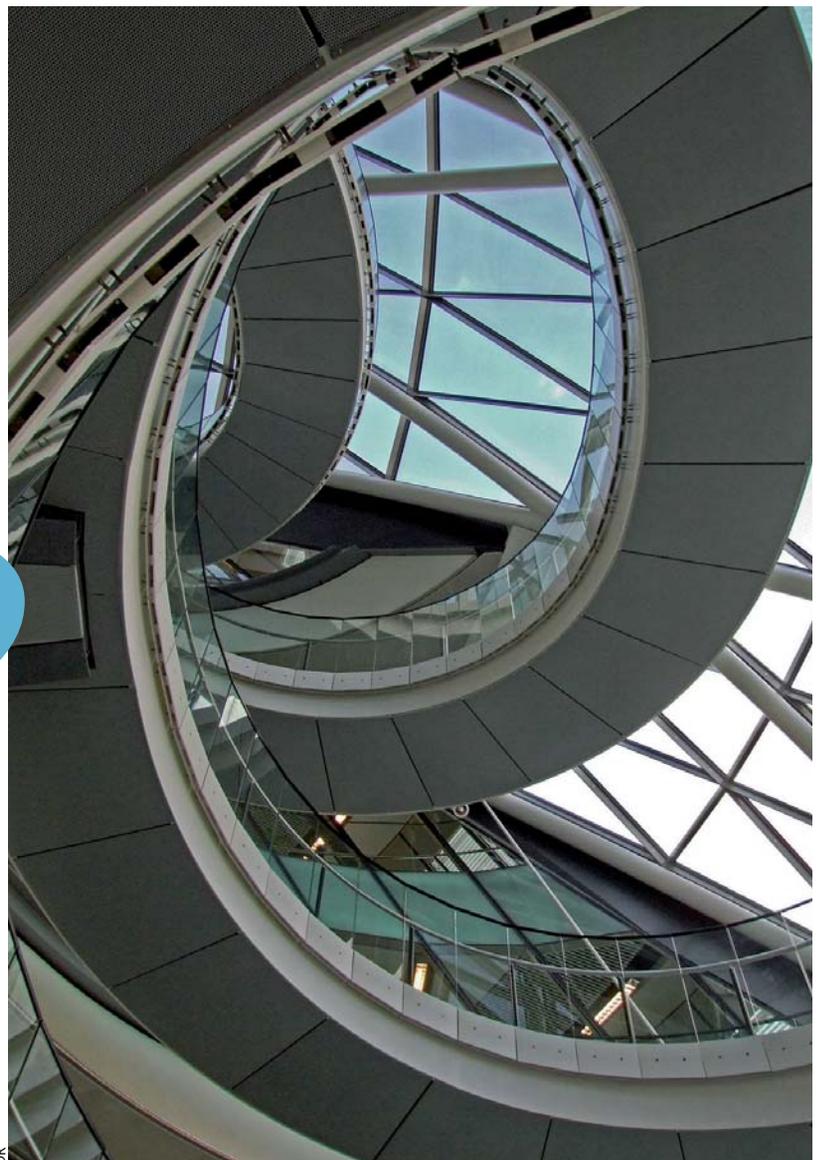
Écouter la personne dépressive

J'évoquerai tout de même brièvement la dépression parce que c'est la plus répandue des maladies psychiatriques. Il

s'agit d'une tristesse qui dure anormalement, souvent après un événement de vie aisément ciblé par l'appelant lui-même (deuil, perte, etc.), mais en fait plutôt liée à un mode de fonctionnement psychologique particulier. En effet, tout le monde ne fait pas une dépression après un événement de vie difficile.

Il est donc important que l'écoutant prenne de la distance par rapport au récit de l'appelant, ne l'entende pas au premier degré afin d'éviter de se projeter et de juger en fonction de ses propres références qu'un tel événement

La dépression, une tristesse qui dure anormalement



DR

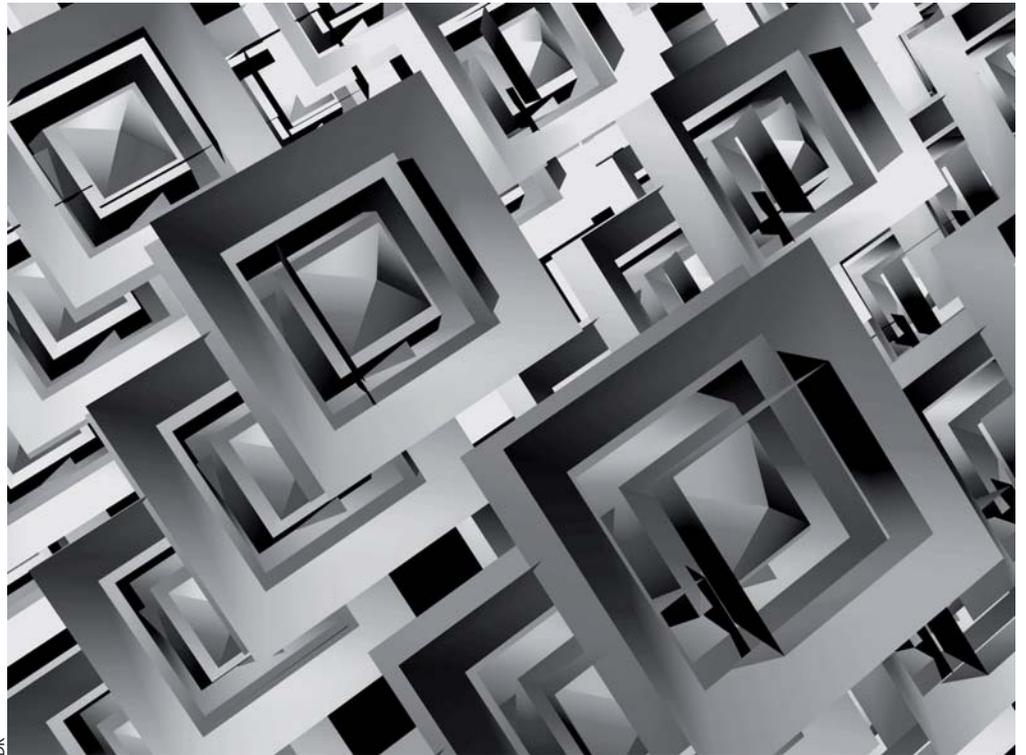
••• «justifie» une dépression ou pas. D'où l'intérêt d'une reformulation interrogative plutôt qu'une banalisation encourageante du type, «*c'est normal après ce que vous avez vécu...*» (ceci est-il dit pour rassurer l'appelant... ou l'écouter ?)

Ainsi, si l'appelant évoque un problème au travail, lui dire «*c'est normal que vous souffriez après ce qu'on vous a fait*» revient à avaliser son fonctionnement habituel, à apporter de l'eau à son moulin au risque d'encourager la répétition de son récit et d'emboliser l'écoute.

Par ailleurs, tenter de stimuler un dépressif par de bonnes paroles du type «*faites ceci ou cela et ça ira mieux*», c'est placer le dépressif face à son incapacité à mobiliser sa volonté (il ne vous a pas attendu pour tenter de le faire) et donc à le culpabiliser encore plus qu'il ne le fait déjà...

Au contraire, un accueil bienveillant de sa souffrance évitera de nier le symptôme pour mieux s'en protéger et se croire bon écoutant puisqu'on a réglé le problème (le sien plutôt que celui de l'appelant, en fait).

Autre cas de dépression, celui où l'appelant tente d'éviter la souffrance de la perte de l'être aimé, par exemple, en faisant le récit répétitif du passé, au point de ne plus vivre le présent. L'écouter est alors sollicité comme témoin de ce passé qui fait exister l'appelant comme sujet. L'écouter peut vouloir sortir du symptôme «répétition» en essayant d'attirer



l'appelant dans le présent : il n'est plus alors dans l'accueil de l'appelant et se donne de mauvais alibis pour intervenir et se soulager lui-même plutôt que l'appelant. Il faut savoir respecter l'insuffisance des capacités de résistance de l'appelant et ne pas vouloir accélérer le processus de deuil pour SE soulager sous le prétexte de LE soulager...

Écouter le discours délirant

Alors que, dans la rencontre avec le dé-

Le délire est un discours qui bouleverse par ses excès et la conviction manifestée

pressif, l'écouter risque de s'identifier à lui, quand il rencontre le délirant il risque plutôt de se barricader derrière la logique, la raison. En effet, le délire est un discours qui bouleverse par ses excès et la conviction manifestée. Il peut être soit organisé et donc intelligible, soit désorganisé et donc incompréhensible.

Un délire organisé peut convaincre au point que de nombreux délirants exercent leur paranoïa en toute impunité, surtout lorsqu'ils occupent des postes élevés... Mais le côté pathologique transparaît dans la façon de procéder : le paranoïaque n'attend pas les preuves pour se former une opinion, il les cherche et les sélectionne en fonction de son opinion préétablie. Il essaie de vous convaincre, et si vous vous opposez à lui sous prétexte de le sortir de sa conviction délirante, il vous classe parmi ses persécuteurs qui veulent justement le tromper.

Là encore, il va falloir s'éloigner du discours manifeste pour tenter, non pas de contrer son opinion, mais d'éloigner l'appelant de ses convictions inébranlables et le rapprocher des émotions et de l'angoisse toujours à l'origine de ce discours : «*J'ai l'impression que vous vous faites du souci. Vous avez l'air angoissé...*»

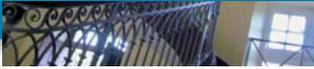
Le délirant a un discours qui cho- •••

À propos des phonophiles...

Il s'agit ici de personnes qui appellent non parce qu'elles sont en souffrance mais parce qu'elles veulent utiliser pour leur jouissance un accueil généreusement ouvert. Le phonophile est un pervers sexuel qui utilise le téléphone parce qu'il ne sait pas jouir autrement qu'en utilisant l'écouter comme témoin de ce qui lui fait plaisir. Comment le distinguer de l'appelant qui voudrait exposer ses problèmes sexuels, sachant que de nombreuses souffrances ont comme origine des troubles sexuels si difficiles à dire ? En étant à l'écoute de vous-même pendant l'appel, si vous ressentez une gêne à l'écoute, il vaut mieux y mettre fin, car :

- Soit vous n'êtes pas prêt à évoquer certains aspects de la sexualité et vous en avez le droit,
- Soit vous ressentez que l'appelant vous utilise comme un objet. C'est donc lui qui sort d'une relation de sujet à sujet et il faut y mettre fin pour vous protéger.

Si vous ne ressentez aucune gêne, que vous écoutez l'appelant un certain temps en étant présent et que brutalement en raccrochant il vous révèle qu'il vous a utilisé, vous pouvez être blessé d'être balancé comme un objet, mais vous n'avez pas été complice de sa perversion puisque vous êtes resté un sujet même si lui-même a tenté de vous chosifier. E.H.



... que l'évidence, mais ce n'est pas une erreur, donc il ne servirait à rien de tenter de la lui démontrer. L'appelant délirant est convaincu, inutile de tenter de le délivrer par la parole puisque justement il utilise la parole pour s'affirmer, pour exister.

Le délire désorganisé échappe à toute logique, il donne à l'écouter une sensation de confusion dans sa propre pensée et touche à ses angoisses les plus archaïques. L'appelant délirant se rend alors compte qu'il effraie, ce qui augmente encore sa propre angoisse. En effet, un tel délirant est terriblement angoissé par les phénomènes effrayants qu'il ressent (hallucinations, sensations bizarres, pensées morbides, persécutives ou agressives...), chaos dans lequel il essaie de mettre du sens : son discours délirant est élaboré pour échapper à l'éclatement intérieur, à la destruction de sa pensée et de son être.

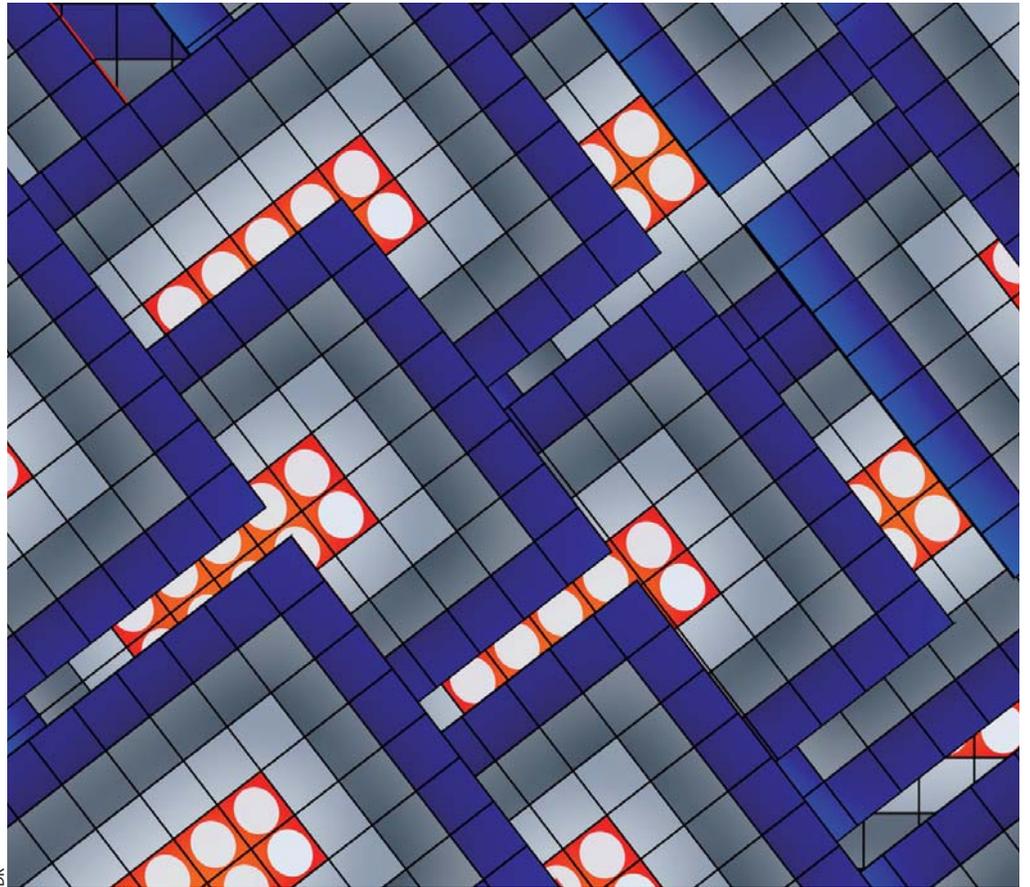
L'appelant discourant comme si la réalité n'existait pas, l'écouter peut se sentir exclu. Ne pas oublier cependant qu'il a fait la démarche d'appeler. Que son interlocuteur est important pour lui, même dans son monde, et représente le seul lien qu'il a à ce moment-là avec le monde réel. L'appelant tente par son appel d'établir un lien, et c'est un défi pour l'écouter que de le saisir au lieu de le rejeter.

L'écouter tentera plutôt d'oublier le contenu délirant du discours en cherchant à établir une relation au-delà des mots. S'il ne comprend pas ce que veut dire l'appelant, cela ne veut pas dire que ce dernier ne comprend pas les mots, les silences et jusqu'aux émotions de l'écouter. Il est au contraire particulièrement sensible, voire sensitif, et détectera, avant l'écouter parfois, son embarras ou son appréhension. D'où l'importance de maîtriser les gestes, même au téléphone, en tenant le combiné près de l'oreille, en se penchant vers l'appelant, créant ainsi une proximité qui se ressentira de l'autre côté. Même le silence qui va à la rencontre est différent du silence rejetant.

Communiquer les émotions

Un moyen d'établir du lien est de communiquer à l'appelant l'émotion ressentie :

«*Je ressens de l'angoisse dans ce que vous*



Résister à la tentation d'un verdict de normalité ou de moralité

me dites». En s'écartant du contenu intellectuel de ce qui est dit, en renonçant aux belles paroles, en se rapprochant des émotions exprimées et surtout ressenties, l'écouter situe la relation d'écoute au niveau de la personne. Il contribue à maintenir l'appelant en liaison avec la communauté des hommes.

L'appelant délirant, le «*trouble mental*», rappelle ainsi ce que devrait être l'écouter : tenter de retrouver de l'humain, du semblable chez ce quelqu'un si différent, établir une relation accueillante et bienveillante, faire face à sa souffrance et l'accepter.

Pour cela, il faut s'éloigner du texte, renoncer à analyser le discours, à évaluer la véracité des faits ou à peser la justesse des jugements exprimés, résister à la tentation d'un verdict de normalité ou de moralité, ou à celle plus grande encore d'un essai de rétablissement vertueux de la pensée. Car toutes ces méthodes sont des défenses mises en place pour se protéger de la souffrance de l'autre, pendant l'appel, et même après (dans les groupes de partage). Il ne suffit pas de laisser simplement s'écouler la parole de l'appelant, car la parole n'est pas en

elle-même libératrice. L'objectif n'est pas non plus que l'appelant soit forcément soulagé, mais qu'il se soit passé quelque chose pendant l'appel, c'est-à-dire qu'ait été établie une relation d'être humain à être humain. Il n'est ni nécessaire, ni suffisant d'avoir un savoir spécialisé pour cela, mais il est indispensable de travailler sans cesse sur soi, à la fois pour tolérer les incertitudes et affronter ses angoisses. C'est cela qu'il s'agit de travailler en partage, plutôt que d'échafauder des scénarii qui expliqueraient tout.

L'écoute ainsi offerte à une personne en détresse est une reconnaissance d'elle-même qui lui permet de continuer à vivre. ■

Élisabeth Hoffmann- Beyer

Psychiatre

Ancienne écoutante et formatrice à S.O.S Amitié

LA MALADIE MENTALE AUJOURD'HUI. QUELLE PLACE POUR L'ÉCOUTE ?

INTERVIEW DE PIERRE JAMET

Pierre Jamet, 66 ans, est psychiatre et psychanalyste depuis 1973. Très engagé au sein de la Fédération Européenne de Psychanalyse (FEDEPSY) présidée par le Docteur Jean Richard Freymann, il est responsable de l'École de Psychanalyse de Strasbourg. Il nous parle de la situation actuelle de la maladie mentale et du rôle de l'écoute dans l'accompagnement des personnes qui en souffrent.

S.O.S Amitié reçoit beaucoup d'appels de personnes souffrant de troubles psychologiques. Qu'en pensez-vous ?

Je pense que la demande s'accroît, d'une part, parce qu'il y a plus d'intérêt et de propositions de prise en charge dans notre société, mais aussi parce que le sentiment de honte à évoquer un tel trouble a fortement diminué. Il y a trente ans, lorsque le généraliste proposait d'aller consulter un psychiatre, le patient craignait d'être pris pour un « fou ». On acceptait à la rigueur d'aller voir un psychologue qui était censé traiter des problèmes bénins. Mais devoir aller en psychiatrie était souvent mal vécu. Aujourd'hui, les choses ont bien changé. Cependant, si l'on observe les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, on constate que le pourcentage de population touchée par les psychoses schizophréniques ou maniaco-dépressives, par exemple, est pratiquement constant au fil du temps et ce dans les cinq continents. Par contre, les névroses, les maladies psychosomatiques, les dépressions liées à l'environnement et au monde modernes sont en forte augmentation. En particulier, celles qui sont générées par les conflits au travail et l'urbanisation. On peut dire que la société actuelle est devenue plus dure pour les gens. Ensuite, il y a l'adolescence et l'émergence des drogues chez les jeunes. Peut-être moins les drogues dures mais plus le cannabis, l'alcool et le tabagisme, liés à des rituels d'initiation beaucoup plus « hard » que par le passé.

La médecine, la psychologie et la psychanalyse ont continué à travailler sur ces questions. Quel est en quelque sorte l'état de l'art aujourd'hui ?

Il y a eu deux grandes évolutions au cours de ces dernières années. D'un côté la biologie, les neurosciences, la pharmacologie du cerveau. Il y a une gamme croissante

Une approche globale de la personne prise dans ces troubles

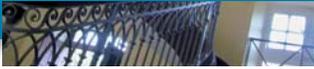


de traitements à base de neuroleptiques, d'antidépresseurs. Mais ce n'est malheureusement pas la panacée pour ce genre de patient. On remplace souvent une drogue par un médicament-drogue, qui devient parfois aussi un médicament de bien-être pris n'importe comment, parce qu'on rougit en public, on craint d'être impuissant etc. Les médecins en sont conscients, mais ils ont souvent en face d'eux des patients extrêmement demandeurs qui ont envie de régler leur problème rapidement de cette manière. Cependant, il y en a aussi beaucoup d'autres qui refusent ce genre de solution, qui veulent

aller plus loin, réfléchir sur eux-mêmes, sur la cause réelle de leur mal-être et sur ce qui, dans leur histoire, a pu en être l'origine. D'aborder donc leurs troubles sous l'angle de la psychanalyse ou de la psychologie. Là aussi on a fait beaucoup de progrès.

Comment la psychologie et la psychanalyse se situent l'une par rapport à l'autre ? Qu'est-ce qui l'emporte ?

La psychologie est une tentative d'étudier le psychisme en tant qu'objet, c'est une sorte de patchwork, d'amalgame où l'on étudie plutôt le comportement ●●●



... humain normal avec des tests, des évaluations, des normes et dont on va se servir pour aider le patient à diminuer ou effacer les symptômes pour une adaptation sociale. Les Anglo-Saxons continuent à privilégier cette démarche qui s'apparente à une sorte de «coaching» et où l'on invite le patient à vaincre ses phobies ou ses obsessions en les apprivoisant petit à petit.

La psychanalyse, quant à elle, considère que le trouble résulte d'une élaboration psychique parfois lointaine dans l'enfance, et dont il est l'aboutissement. Elle va donc proposer une démarche de réflexion personnelle, un véritable travail sur soi-même avec un psychanalyste, ayant pour but de rechercher les causes réelles et originelles du trouble. Un travail exigeant, de longue durée – et cher – dont on ne mesure pas rapidement les effets. Mais beaucoup de progrès ont été faits pour assouplir une certaine orthodoxie et mieux adapter la thérapie à chaque cas individuel.

Cela dit, les différences d'approche ne sont plus aussi tranchées et il y a actuellement des psychologues qui sont aussi psychanalystes.

Le traitement d'un trouble est en fait et de plus en plus un «mix» entre la prescription médicamenteuse et un accompagnement sur le plan psychique.

De son côté, S.O.S Amitié propose uniquement une écoute de la personne en difficulté. Comment situez-vous ce type d'aide par rapport à ces traitements ?

S.O.S Amitié a un rôle social et collectif mais c'est un lieu singulier où l'on peut s'épancher et commencer à parler de son trouble. Je pense que l'écoute est quelque chose de tout à fait primordial. D'ailleurs, le psychanalyste va commencer par écouter son patient. Les gens ont de moins en moins le temps d'écouter et sont de plus en plus enfermés dans des bulles plus ou moins virtuelles, derrière leurs casques ou leurs écrans. C'est en particulier le cas des jeunes de plus en plus accros de ces nouveaux médias qui les isolent de leurs copains et du monde en général. En outre, l'écoute habituelle débouche le plus souvent sur des recommandations, des conseils ou au contraire des dénégations d'un trouble que l'on ne veut pas entendre.

L'écoute est donc très importante, surtout



DR

s'il n'y a pas de jugement et de condamnation du comportement de la personne. Une écoute qui reste relativement neutre, ouverte et «bienveillante» comme on dit en psychanalyse. Et aussi l'anonymat qui permet de parler à quelqu'un qu'on ne connaît pas, qu'on ne voit pas mais qui va nous parler même si on n'attend pas forcément une réponse au problème.

On pourra même parler de ses difficultés avec le psychanalyste.

Bien sûr, car la présence du psychanalyste n'est pas toujours facile à supporter. Beaucoup de patients ont du mal à se livrer et n'oseront pas lui dire certaines choses par peur de son jugement. En outre, la psychanalyse joue sur le transfert. Il est donc nécessaire que le patient se sente entendu par le psychanalyste pour qu'il puisse avancer dans sa démarche. Il ne faut pas s'interdire de changer de praticien si vraiment le courant ne passe pas avec lui.

Qu'est-ce qui vous paraît important pour

Une écoute accueillante, particulièrement importante dans le contexte d'un trouble psychique

l'écouter ? À quoi faut-il être attentif lorsqu'une telle personne appelle S.O.S Amitié ?

L'écoute, bien sûr ! Une écoute accueillante, particulièrement importante dans le contexte d'un trouble psychique. Essayer de bien cerner la demande de l'interlocuteur qui peut être simplement de pouvoir parler. À l'écouter ensuite d'encourager, le cas échéant, la personne à faire une démarche vers un professionnel, si déjà elle a eu le courage d'appeler S.O.S Amitié. Et, bien entendu, d'entendre les éventuelles craintes ou réticences au sujet de cette démarche.

L'écoute d'une personne qui s'engage dans un discours délirant désoriente souvent les écoutants, qui ont du mal à trouver leur place dans ces échanges.

D'abord, il faut se dire que le délirant a déjà construit son propre monde. Un monde où il se sent persécuté et qui, généralement, ne correspond plus à la réalité ordinaire des gens. Une construction personnelle d'un monde subjectif. Alors il faut déjà essayer d'y entrer, d'en appréhender les sources. Il existe souvent une sorte de «fait premier» qui a causé l'entrée dans cet autre monde-là. Ensuite, avoir en tête que tout ce qui se passe autour de lui est interprété comme un signe qui conforte sa conviction, par exemple son sentiment d'être persécuté. On peut commencer par invoquer une sorte de doute : «Vous pensez vraiment que ...?»

Chez les schizophrènes, les choses sont généralement assez dissociées, mais il peut y avoir, notamment chez les ...

... paranoïaques, une logique et une grande cohérence dans le discours délirant. Ce qui le rend d'autant plus difficile à mettre en doute.

Quelle est la raison du délire ? Comment y est-on conduit ?

C'est assez difficile à comprendre. Il y a souvent une faille dans l'enfance. Ce qui se passe ensuite est très compliqué : il peut y avoir une révélation qui fait irruption dans la réalité, un père mort, une image paternelle qui s'écroule, ce qui entraîne une perte de sens du monde présent. En fait le délire est déjà une tentative de guérison, la construction d'un nouveau monde qui est imaginaire. La conviction du délirant est tellement forte qu'il est difficile de le heurter de front, de dénier le contenu de son discours. Il est donc préférable de le faire parler de son histoire, de ce qui a pu la déclencher, puis de l'encourager à rencontrer un professionnel. On a actuellement d'assez bons traitements, à base de neuroleptiques et de plus en plus faciles à supporter.

Est-ce que la recherche de l'évènement déclenchant peut conduire à la guérison ?

Non ! On ne peut pas car cela touche à une structure beaucoup plus profonde. Il y a une espèce de faille que l'on a du

mal à rattraper uniquement par la parole, mais le traitement permet souvent de revivre à peu près normalement. Le fait de faire confiance à un médecin et de se soigner peut donc changer la vie. Tandis que ceux qui ne se soignent pas se retrouvent souvent avec une vie émaillée d'hospitalisations en psychiatrie. Mais on ne peut pas dire qu'on guérit véritablement d'une psychose, même si l'on constate parfois des rémissions d'une dizaine d'années. Les neuroleptiques sont parfois considérés comme une sorte de camisole chimique, mais ils peuvent permettre une prise en charge au niveau psychologique ou psychanalytique et évitent un enfermement souvent inévitable dans le passé. Certains malades peuvent mener une vie tout à fait normale entre deux bouffées délirantes. D'autres sont dans une sorte de délire permanent à «bas bruit» et se sentent toujours un peu persécutés ou victimes d'hallucinations auditives, par exemple.

Les écoutants sont de plus en plus fréquemment confrontés à des appels de personnes qui se disent «maniaco-dépressives» ou «bipolaires» ?

C'est une psychose cyclique comportant des états alternés de dépression et d'excitation exubérante émaillée d'initiatives parfois extravagantes. D'un côté, une

Le délire est déjà une tentative de guérison.

Le délirant a construit son propre monde et peut facilement envisager de se suicider.

mélancolie souvent profonde avec des comportements d'auto-accusation et de grande douleur morale.

Attention ! Ces dépressions ne sont pas névrotiques mais bien psychotiques. Le patient se sent dans un autre monde et peut facilement envisager de se suicider. Une grande vigilance est donc nécessaire, qui inclut l'éventualité d'une hospitalisation sous haute surveillance. Il est important de la soigner car les antidépresseurs vont permettre d'atténuer ces idées de suicide.

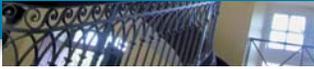
L'autre versant de cette psychose est la manie, au sens grec «-folie»- du mot. Une période d'excitation psychomotrice, où le malade est euphorique, prend des initiatives extravagantes, dépense beaucoup d'argent (par exemple, il va acheter six Alfa-Roméo). Il se sent tout puissant, susceptible d'attentat aux mœurs, se comporte comme ce que l'on appelle caricaturalement un «fou».

Qu'est-ce qui fait passer d'un état à l'autre ?

Cela tient aux régulateurs de l'humeur dans le cerveau, aux neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine, etc.). Certaines théories envisagent une transmission génétique par les ascendants.

Mais il y a aussi d'autres facteurs d'ordre psychologique ou un environnement qui favorise ce trouble. On dispose actuellement de médicaments régulateurs de l'humeur à base de lithium ou des antiépileptiques, dont il faut soigneusement doser la prescription mais qui permettent d'atténuer très nettement ces cycles. La difficulté est plutôt de convaincre ces patients de se soigner. Particulièrement dans les périodes de manie, où ils sont très fantasques, se sentent bien, disent ne pas avoir ...



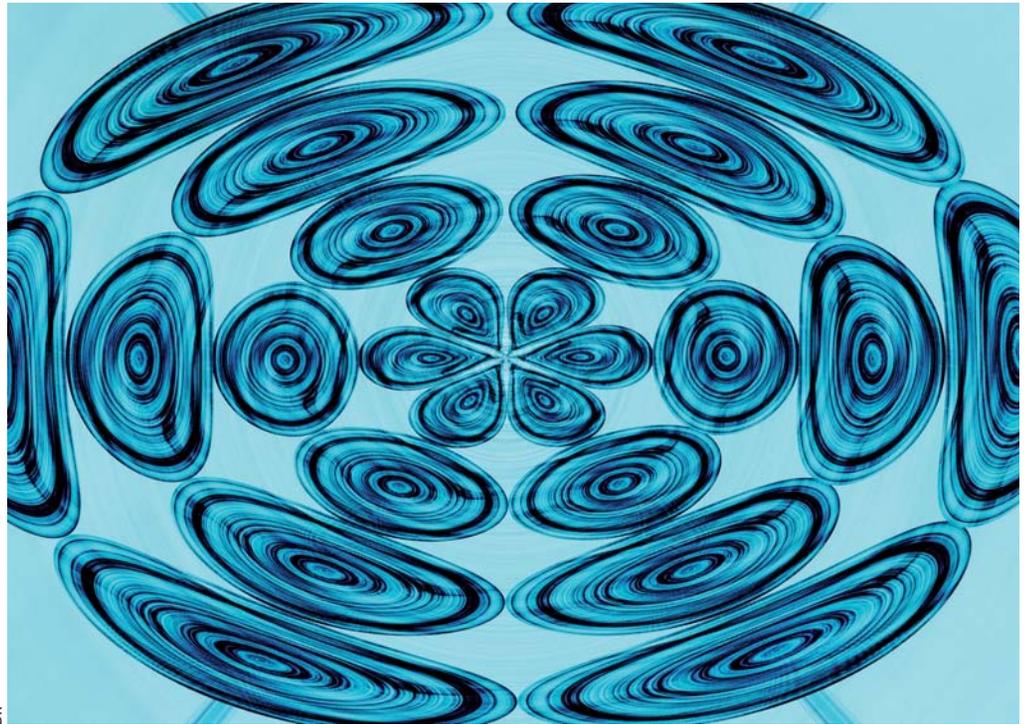


●●● besoin de soins. Certaines dépressions psychotiques sont unipolaires, non associées à des périodes de manie, ce qui rend le diagnostic d'autant plus difficile. Elles risquent alors d'être confondues avec des dépressions névrotiques, liées à un mal-être, un problème d'ordre familial ou autre...

On a l'impression que la science est encore très démunie face à la maladie mentale ?

Énormément ! On n'a pas vraiment l'étiologie (l'étude des causes) de ces maladies, ni sur ce qui est lié au cerveau au niveau chimique ou génétique, ni sur le plan psychologique ou psychanalytique. Même si on observe souvent des liens avec des traumatismes de la petite enfance, un environnement familial pathologique (absence du père ou de la mère, carences affectives).

Cependant, et c'est le défi de ce XXI^e siècle, on fait d'énormes progrès dans la connaissance du cerveau au niveau biochimique et grâce à l'imagerie, ainsi que dans les domaines de la psychologie, de l'éducation et de la psychanalyse. Ce sont des versants complémentaires à développer pour avancer sur le plan thérapeutique. Il faut une approche globale de ces



questions. Même s'il y a des rivalités, des querelles de chapelles...

Comment évolue la psychanalyse aujourd'hui ?

Freud en a été l'inventeur. Ce qu'il a mis en évidence est toujours valable. Depuis,

en France, il y a eu Lacan qui, même si son abord est plus difficile, a apporté la dimension des sciences humaines, de la linguistique, de l'anthropologie structurale avec Levi-Strauss, de la philosophie moderne et la topologie au niveau logique. Tout cela a permis de bâtir une théorie tout à fait remarquable de l'approche du sujet et de sa structure. Ce sont les deux courants principaux à l'heure actuelle même s'il en existe d'autres plus marginaux et moins structurés.

Bien sûr, on est là dans les sciences humaines et non dans les sciences exactes, «dures», dont on va cependant utiliser les méthodes et la rigueur logique.

En guise de conclusion, je dirais que les écoutants devraient avoir en tête que les troubles mentaux peuvent être soignés, sinon guéris du moins fortement atténués. Qu'il convient d'encourager une approche globale de la personne prise dans ces troubles, alliant les trois versants : médical, psychologique et psychanalytique. ■

Propos recueillis par Jean-Pierre Igot

Comité de rédaction

Une expérience d'accompagnement après l'hôpital psychiatrique.

L'association SOS Amitié Île-de-France et la Porte Ouverte Paris mènent depuis plusieurs années une expérience de partenariat avec l'hôpital psychiatrique Sainte Anne de Paris, dans le cadre de sa Maison des Usagers. Des permanences hebdomadaires y sont assurées par des bénévoles des deux structures.

Il s'agit d'accueillir toutes les personnes qui désirent s'informer, se renseigner, ou tout simplement échanger, hors du cadre strictement médical, que ce soient des malades, des membres de leur famille ou du personnel hospitalier.

Les malades qui viennent sont là surtout pour parler en toute liberté, dans l'anonymat le plus strict et en toute convivialité, s'exprimer comme ils le peuvent, parfois avec un dessin, une image, mais ce qu'ils recherchent c'est l'écoute attentive et chaleureuse à leur problème.

Certains viennent une fois, d'autres plus régulièrement.

Le lieu, près de la cafétéria, attire les visites.

Ces rencontres en vis-à-vis ne sont pas à proprement parler des écoutes - les bénévoles n'interviennent pas en tant que tels -, mais cela y ressemble souvent beaucoup.

Du point de vue des bénévoles, les permanences sont bien vécues, le public reçu est assez semblable à celui des lieux d'écoute habituels. Pour S.O.S Amitié, outre le fait de toucher du doigt les manifestations visibles des troubles psychiques et de mieux percevoir la sécurité et la distance que procure le téléphone, cela permet d'aller vers ceux qui pourraient avoir besoin d'une écoute et qui, faute d'en connaître l'existence, n'y ont pas recours.

Odette G.
La Porte Ouverte Paris

Françoise L.
SOS Amitié Île-de-France

POINT DE VUE D'UNE ÉCOUTANTE COMMENT ÉCOUTER LES MALADES PSYCHIQUES

Depuis quelques années, le paysage des appelants de S.O.S Amitié se modifie. Au-delà d'évolutions locales, une unanimité se dégage : nous avons de plus en plus d'appels de personnes qui souffrent de pathologies psychologiques lourdes. Ipso facto, nous sommes confrontés à des difficultés nouvelles, en particulier lorsque nous devons faire face à un discours délirant. Comment entrer en relation avec cet autre si radicalement autre que, pour lui, même les mots les plus ordinaires n'ont plus de sens ? «*Qu'est ce que ça veut dire ?*» répète inlassablement cette personne - homme qui se dit femme - à propos du travail de l'accouchement et de tout ce qui s'y rattache. Et le vocabulaire le plus simple, loin de faciliter sa compréhension, semble au contraire le plonger dans une obscurité plus profonde.

Alors, face à cet appelant si déconcertant, l'écoutant se pose une série de questions : comment, tout en respectant les impératifs de la Charte, l'écouter en vérité ; comment entrer en relation alors qu'il vit dans un monde qui nous semble inaccessible. Enfin, lorsque l'on sait que ces grands malades psychiques souffrent d'une angoisse tellement forte et extraordinaire que les névrosés que nous sommes ne parviennent même pas à l'imaginer, comment tenter de desserrer cette angoisse ?

La palette de nos réactions est vaste : elle va de la passivité à l'impossibilité physique de supporter ce qui nous agresse trop - dans ce cas on raccroche -, en passant par de l'agacement, voire de la colère. Sous ces aspects si différents, apparaît en réalité un sentiment unique : notre propre impuissance, qui engendre parfois une forte culpabilité, avec, en ligne de fond, la sensation d'être un «mauvais écoutant». Le même questionnement revient en boucle dans les groupes de parole : Quels outils peut-on utiliser sans déroger ? Il conduit à une impasse : les techniques habituelles ne marchent pas.

Parfois, un écoutant mieux inspiré rapporte qu'il a pu, pour un temps, établir une relation qui semblait impossible. Il en



DR

Notre propre impuissance, qui engendre parfois une forte culpabilité

est ainsi pour cet homme qui se prétend fils de personnalités connues, qui est capable de violences verbales quasiment insupportables, et qui peut aussi, certains jours, analyser lucidement son comportement, s'en excuser, et parler de ses problèmes comme n'importe qui. Lorsque l'on a la chance - le bonheur ?- de vivre ces instants, tout se passe comme si l'on accueillait chez les humains quelqu'un qui en avait été exclu par la maladie. Cela nous rappelle alors, si toutefois nous l'avions oublié, que cet appelant-là n'est pas «un schizophrène» mais une personne qui souffre de schizophrénie. Ce qui devient alors primordial, ce n'est plus l'écoute rogérienne en tant que telle, quels qu'en soient par ailleurs les mérites, mais le lien que l'on a établi. Un être humain tend simplement la main à un autre être humain. Faut-il que ce besoin de rencontre soit fort, pour que, inlassablement, ces personnes appellent et appellent encore et sans relâche, au point de devenir des habitués de quasiment tous les Postes ?

Le fait que nous ayons comme unique moyen de communication le téléphone amène plusieurs réflexions. D'une part, nous sommes protégés. Aussi forte la vio-

lence exprimée soit-elle, elle restera verbale, et adressée à un anonyme qui écoute au nom de S.O.S Amitié. D'autre part, et cela peut nous aider à mieux comprendre les réactions de ces malades : leurs délires, expressions de leurs tentatives pour exorciser leurs démons, peuvent être accompagnés d'hallucinations auditives. «Quelqu'un», cause de leurs souffrances, et le plus souvent hostile et dangereux, les interpelle dans leur tête. «On m'a mis des idées dans la tête» dit l'un d'eux. Des écoutants, ils ne perçoivent que la voix. Il nous revient de faire en sorte que celle-ci soit bien réelle, quitte à devoir parler en même temps et crier plus fort que ces voix intérieures ennemies.

Face à l'évolution des technologies, il a fallu être inventif. C'est ainsi qu'est née S.O.S Amitié Internet. On constate que l'on trouve parmi ceux qui optent pour la communication via l'ordinateur, des dépressifs, des manipulateurs, parfois des paranoïaques, mais aucun délirant. Comme si ce délire ne pouvait pas s'exprimer par écrit, qu'il faille un autre qui l'entende. ■

Françoise L.
Paris-Concorde

LA NOUVELLE VIE DU CHEVAL BLEU

Il est un épisode peu connu en France de l'évolution de la psychiatrie moderne qui mérite d'être raconté, car il en constitue l'un de ses moments clés... L'histoire se passe à Trieste, en Italie, au début des années 1970...

Marco, le cheval de corvée de l'hôpital psychiatrique de cette ville, qui tirait d'un pas tranquille la charrette des ordures ou du linge sale de l'établissement, meurt un beau matin de vieillesse, en mars 1973. La disparition brutale de ce compagnon fidèle des pensionnaires jette un trouble parmi eux. Sans doute s'identifiaient-ils un peu à lui... L'événement peut sembler banal, mais il deviendra emblématique...

En effet, cet hôpital est dirigé depuis 1971 par un psychiatre non conformiste, Franco Basaglia (1924 – 1980), qui a renoncé à une brillante carrière de professeur, affirmant que « la seule et véritable université pour apprendre la psychiatrie, c'est l'asile ». A Trieste, sous son impulsion, les malades vont et viennent librement, sortent même en ville, et des artistes entrent pour se mettre au service de leur imaginaire.

Alors, pour que la mort de Marco prenne un sens, il est décidé de confectionner à son effigie une statue de plusieurs mètres de haut, avec du bois et du carton-pâte, qui sera peinte en bleu, et dotée de roulettes... Et Marco ainsi ressuscité sort en ville, escorté joyeusement par les malades qui l'ont construit, les artistes, le personnel soignant, les familles... Pendant plusieurs années, le char de Marco sera promené dans de nombreuses villes d'Italie, où le mouvement de la « Psychiatrie démocratique » fait des émules. En 1982, l'authentique « cavallo blu » aura même les honneurs du Centre Pompidou à Paris, où une exposition est consacrée à la « Culture au quotidien ». Plusieurs associations d'aide aux malades mentaux, en Italie et en France, se sont aussi dénommées « Le Cheval bleu », en référence à cette aventure originale.

Franco Basaglia, même s'il n'est pas adepte des grandes théories, précisa sa pensée et sa pratique : il refusait tout « paternalisme thérapeutique », où le savoir sur la folie serait délivré au malade par le psychiatre, et propose même l'inverse. Pour lui, la folie n'est pas une absurdité qui fait irruption dans le monde et le cor-



rompt, mais comme une « altérité » qui appartient à la société elle-même. Or, le fou asilaire, radié de la société, n'est plus qu'un sujet d'étude en vase clos, nécessitant surveillance et contrôle social, alors que son imaginaire déconstructeur doit au contraire aider la société à se regarder en miroir. Mais, pour autant, la quasi-fermeture des hôpitaux psychiatriques ne doit pas conduire à une psychiatrisation diffuse du quotidien de la société, à la recherche de méthodes de soins pesant moins sur le budget de l'Etat, ce qui serait une dérive au moins aussi grave...

Le mouvement déclenché en Italie par la sortie hors les murs du cheval bleu s'amplifia, et se traduisit même en 1978 par un texte de loi n°180, devenu célèbre, qui mit en œuvre le principe du respect des droits et de la personne nécessitant des soins psychiatriques, et du « dépas-

sement » des établissements d'internement par des structures éclatées prodiguant des aides ambulatoires adaptées.

Peu à peu, quelques immenses asiles des grandes cités – comme celui de Gênes, qui comportait près de 5 000 malades – sont profondément transformés, et certains bâtiments sont même aménagés en petits logements collectifs pour les quelques pensionnaires peu aptes au retour à la vie civile, dont ils deviennent officiellement des « locataires », visités quotidiennement par des infirmiers et des travailleurs sociaux...

Mais l'application de cette loi ambitieuse s'est heurtée à de très nombreux obstacles : improvisation, manque de personnels qualifiés, inégalité selon les régions, sans compter la résistance idéologique de divers milieux. De ce fait, l'état de la psychiatrie italienne n'est guère différent du nôtre... Mais le Cheval bleu triestin reste un symbole prophétique de l'idéal à atteindre un jour...

Faut-il y voir un prolongement, ou une simple coïncidence ? En effet, non loin de Trieste, à la même période, mais dans un contexte politique très différent, s'ouvrait en Slovénie la première ligne téléphonique d'écoute, comparable à S.O.S Amitié. C'était une initiative d'une... psychiatre de l'hôpital de Ljubljana, afin que certains malades qui sortaient d'un séjour de soins puissent avoir quelqu'un de compétent à qui parler 24 heures sur 24, au lieu d'être livrés à eux-mêmes...

Un tel exemple ne pourrait-il pas inspirer notre système de soins français, pour soulager quelque peu S.O.S Amitié d'appels pour lesquels son écoute est parfois submergée ? ■

Pierre Couette

Comité de rédaction

GALERIE D'ARTISTES

Il serait bien utopique (et bien long) de dresser une liste non exhaustive d'artistes, reconnus comme tels et ayant développé une pathologie psychiatrique. Névropathes, psychopathes, pervers, nous nous bornerons ici à n'en présenter que quelques-uns. À charge pour le lecteur de compléter un tant soit peu la liste...

Vous avez dit « sublimation » ?

Sublimation. « Terme dérivé des beaux-arts (sublime), de la chimie (sublimier) et de la psychologie (subliminal), pour désigner soit une élévation au sens esthétique, soit un passage de l'état solide à l'état gazeux, soit un au-delà de la conscience. Sigmund Freud a conceptualisé le terme en 1905 pour rendre compte d'un type particulier d'activité humaine (création littéraire, artistique, intellectuelle) sans rapport apparent avec la sexualité, mais tirant sa force de la pulsion sexuelle en tant qu'elle se déplace vers un but non sexuel en investissant des objets socialement valorisés ». (Dictionnaire de la psychanalyse. Plon/Roudinesco). Mais nombre de questions restent posées : la sublimation élimine-t-elle la souffrance ? La créativité naît-elle de la souffrance ou la souffrance provoque-t-elle la créativité ? Déjà, en son temps, Aristote s'interrogeait : « Pourquoi les hommes qui se sont distingués dans la philosophie, dans la vie publique, dans la poésie et dans les arts sont-ils mélancoliques et certains jusqu'au point de souffrir des maladies de la bile noire ? ». Lorsqu'en 1888, Verlaine écrit son ouvrage « les poètes maudits », il sait de quoi il parle. Cette expression romantique fait encore florès aujourd'hui. Quelle est donc cette malédiction qui semble attachée à l'âme des artistes ? Finit-on par perdre la tête à vouloir trop se prendre pour Le Créateur ? Se brûle-t-on les ailes comme Icare à trop s'approcher du soleil ? Ne peut-on entrer dans la conception d'une œuvre, que chargé d'une tonne de sensibilité sur le dos, et de là, ne pouvoir lui donner le jour, à cette œuvre, que dans les souffrances de l'enfantement ? Voici quelques sombres et merveilleux exemples...



Antonin Artaud

« Messieurs les dictateurs de l'école pharmaceutique de France, vous êtes des cuistres rognés : il y a une chose que vous devriez mieux mesurer, c'est que l'opium est cette imprescriptible chose et impérieuse substance qui permet de rentrer dans la vie de leur âme à ceux qui ont eu le malheur de l'avoir perdue » (A.A)

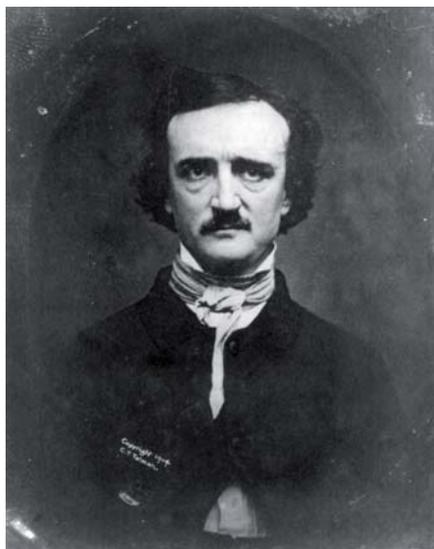
Né à Marseille en 1896, il combattit dès son adolescence « cette douleur acide dans les membres » à coup de substances diverses et illicites. Au cours de sa vie, il sera interné 9 ans et subira un nombre hallucinant d'électrochocs. Homme aux nombreux talents : poète, romancier, acteur, dessinateur, dramaturge et même traducteur du « Moine » de Lewis. Ses réflexions sur le théâtre : « le théâtre et son double » trouvent encore un profond écho dans le monde contemporain. On n'en finirait pas de citer ses œuvres, tant les titres sont à eux seuls des poèmes : « L'ombilic des limbes », « Le pèse-nerfs », « Tric trac du ciel », « Van Gogh, le suicidé de la société », « Artaud le Mômo », etc... Il meurt en 1948 et reste catalogué comme schizophrène célèbre, au même titre que le grand mathématicien, prix Nobel : John Forbes Nash, Isaac Newton et... Vincent Van Gogh.



Camille Claudel

« Ça va-t-il durer longtemps cette plaisanterie-là ? Y en a-t-il encore pour longtemps ? » Lettre de Camille Claudel à sa mère, au tout début de son internement qui va durer...30 ans !

Née en 1864, dans l'Aisne, cette sculptrice française est la sœur de l'écrivain et diplomate Paul Claudel. Passionnée par la sculpture depuis l'enfance, elle étudie d'abord avec Alfred Boucher à La Roche. Lorsque ce dernier s'exile à Rome, il demande à Auguste Rodin de le remplacer dans son cours. La rencontre d'Auguste et de Camille va être incandescente. Les deux artistes, d'abord maître et élève, finiront par travailler de concert (Le Baiser), puis Camille volera avec bonheur de ses propres ailes. « Je lui ai montré où trouver de l'or, dira Rodin, mais l'or qu'elle trouve, c'est bien à elle ». Ils vivront une passion stimulante mais orageuse et destructrice, d'autant que Rodin est marié. La rupture est catastrophique pour Camille. Délaissée par son amant, elle s'enferme dans la solitude et sombre dans la folie. À la mort de son père qui restait son unique protecteur, sa famille décide de l'interner de force. Elle passera les 30 dernières années de sa vie à l'asile d'aliénés de Montfaret où elle fut très malheureuse. Ne recevant pas ce qu'elle demandait, sa mère ni sa sœur ne vinrent jamais la visiter et son frère Paul s'y obligeait une fois par an ! Elle mourra en 1943 d'une attaque cérébrale, abandonnée et ignorée du monde. Elle est considérée aujourd'hui comme l'une des artistes majeures du XIX^e siècle. Selon les spécialistes, elle entre dans la catégorie des paranoïdes ou « persécutés-hallucinés ».



Edgar Allan Poe

« *Le démon du mal est l'un des instincts premiers du cœur humain* »
(E.A.P)

Né à Boston en 1809, orphelin très tôt, il est adopté par les Allan. Il épouse à 27 ans sa cousine germaine, Virginia, alors âgée de 13 ans. Elle mourra à 24 ans. Très affecté, l'auteur sombra dans la dépression, les drogues et l'alcoolisme. On trouve souvent, dans ses écrits, la description de femmes décédées trop jeunes. Poe fut un auteur extrêmement talentueux, on le dit volontiers inventeur du roman

policier et nombres de ses récits préfigurent les littératures connexes et marginales du XX^e siècle : la science-fiction et le fantastique. Il sera également journaliste et éditeur. La plupart de ses romans et nouvelles furent traduits par Charles Baudelaire, et encensés par Mallarmé. Les causes de sa disparition à 40 ans furent diversement attribuées à l'alcool, aux drogues ou à une maladie cardiaque. Il reste l'un des écrivains incontournables de la littérature américaine du XIX, mais certains de ses fervents admirateurs tentent encore aujourd'hui de gommer les traits un peu trop sulfureux du personnage...



Virginia Woolf

« *La vie est un rêve, c'est le destin qui nous tue* » (V.W)

Née à Londres en 1882, elle développe très tôt une personnalité angoissée que la disparition prématurée de sa mère ne fera qu'accentuer. Élevée dans une famille fantasque qui fréquente les milieux artistiques, elle épouse Leonard Woolf qui ne cessera de la soutenir et lui permettra, entre autres, d'éditer Freud et Dostoïevsky. Elle est l'auteur de romans admirables comme « Mme Dalloway » ou « La chambre de Jacob » qui, en rupture avec le schéma du roman classique, se veulent des tableaux impressionnistes des méandres de l'âme. Elle choisit de se suicider par la noyade, en 1941, après s'être rempli les poches avec de lourdes pierres. Les psychiatres contemporains pensent qu'elle présentait tous les signes de ce que l'on nomme aujourd'hui « troubles bipolaires ». Maladie mentale alternant des épisodes de dépression et d'excitation souvent associés à une grande créativité mais conduisant dans bien des cas au suicide.



Aloïse Corbaz

Aloïse Corbaz naît en Suisse, à Lausanne en 1886. En 1911, elle s'installe en Allemagne où

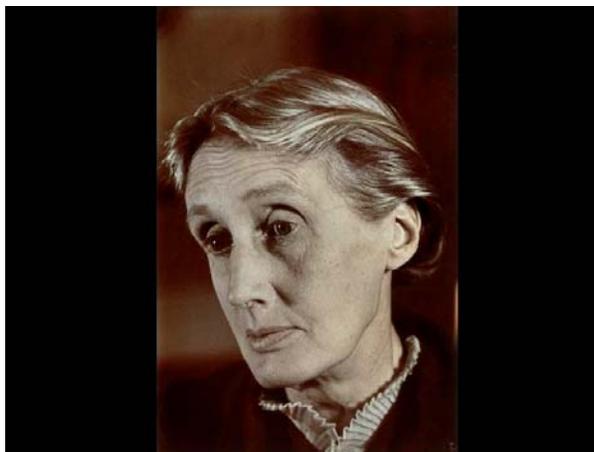
elle travaille comme institutrice, puis comme gouvernante du chapelain de Guillaume II à Potsdam. Demeurée célibataire, elle conçut alors une passion délirante pour l'empereur, entraperçu un instant. C'est à la veille de la guerre qu'elle manifesta les premiers symptômes de schizophrénie. Elle fut internée cinq ans plus tard, en 1918, d'abord à l'hôpital de Cery, puis en 1920 à l'asile de la Rosière à Gimel où elle resta jusqu'à sa mort. Toute l'oeuvre d'Aloïse est une idéalisation romantique du couple réalisée aux crayons de couleur sur de grands papiers de récupération cousus ensemble et souvent utilisés sur les deux faces. Il fallut attendre 1936 pour que l'on commençât à considérer la production exceptionnelle de cette malade, à laquelle s'intéressa ensuite Jacqueline Porret-Forel. Aloïse ne cessa de créer jusqu'à sa mort, le 5 avril 1964. On reconnaît facilement ses personnages à leur regard vide, en général dessiné en bleu, comme un masque de théâtre, ou au maquillage sensuel de leurs lèvres épaisses surmontant d'abondantes poitrines figurées comme des bouquets de roses. Après 1949 ses oeuvres, d'une composition plus complexe, devinrent des suites de scènes théâtrales. Les plus grandes d'entre elles peuvent atteindre 14 mètres, parfois recto verso. Extrait de « Art Brut et Compagnie » par Laurent Danchin.

Collections : Collection de l'Art brut, Lausanne (Suisse), Musée d'Art Brut, Coll. L'Aracine, Musée d'Art Moderne et Contemporain de Lille-Métropole, Collection abcd, Montreuil (Ile-de-France), Musée de la Fabuloserie, Dicy (Yonne), Haus der Künstler, Gugging (Autriche), The Musgrave Kinley Outsider Art Collection du Musée d'art moderne de Dublin (Irlande),

JOURNAL DE VIRGINIA WOOLF (EXTRAITS)

Mercredi 17 août 1932

Je suis certaine maintenant d'avoir corrigé le Manuel de Lecture autant qu'il est possible de le faire. Il me reste encore quelques minutes de répit avant de porter les épreuves à L. Vais-je en profiter pour décrire comment, une fois de plus, je me suis évanouie ? Le galop des chevaux s'était emballé dans ma tête dans la soirée de jeudi dernier, tandis que j'étais assise avec L. sur la terrasse. « Quelle fraîcheur après la chaleur », dis-je. Nous contempnions les prairies qui se retiraient dans leur douce obscurité après avoir brûlé comme des émeraudes solides toute la journée. Puis, tout cela se voilait doucement. Et la chouette blanche s'en allait chasser les mulots dans les marais. Puis mon cœur fit un bond, s'arrêta, bondit encore, et du fond de ma gorge monta une bizarre amertume ; mon poulx sauta dans ma tête et se mit à battre, à battre, de plus en plus indiscipliné, de plus en plus rapide. Je dis : « Je vais m'évanouir » et glissai de ma chaise de tout mon long sur l'herbe. Oh non, je n'étais pas inconsciente, j'étais vivante, mais envahie par cet attelage se débattant dans ma tête ; par ce galop qui martelait ma tête. Je pensai : « Quelque chose va éclater dans mon cerveau si cela continue. » cela s'assourdit, lentement. Je fis un effort pour me relever en titubant, mais avec quelle infinie difficulté et quelle angoisse ; m'évanouissant vraiment à ce moment, et voyant le jardin s'allonger et se déformer, loin, loin, en arrière – comme cela semblait long- pourrais-je me trainer ? et ainsi j'arrivai à la maison, atteignis ma chambre et m'effondrai sur mon lit. Et puis une douleur d'accouchement, et puis cela aussi, lentement, s'atténua ; et je restai étendue, surveillant comme une lumière vacillante, comme une mère pleine de sollicitude, les fragments de mon corps brisés et dispersés. Une expérience des plus intenses et des plus déplaisantes.



Lundi 10 juillet 1933

Bella vient d'arriver et s'est cognée la tête contre la vitre de la voiture. Elle s'est coupé le nez et elle en est restée tout étourdie. Et moi, j'étais « dans un de mes états » - tellement violent, tellement aigu- et je me suis promenée dans Regent's Park, en proie à la plus noire tristesse, et il m'a fallu faire appel à mes cohortes, comme autrefois, pour m'assister, ce qu'elles firent plus ou moins. Cette note à dessein, pour témoigner de mes sautes d'humeur dont beaucoup passent inaperçues ; bien qu'elles soient moins violentes qu'autrefois, il me semble. Mais comme cela m'a paru familier d'arpenter cette route, avec les ides noires et la douleur qui me serraient le cœur, et le désir de la mort, comme autrefois, et tout cela à cause de deux mots dits, je crois, étourdiment.

Samedi 4 janvier 1936

Le temps s'est amélioré et nous avons décidé de rester ici jusqu'à mercredi. Bien entendu, maintenant il va pleuvoir. Mais je vais prendre quelques bonnes résolutions : lire aussi peu que possible les hebdomadaires qui, tant que Les Années ne seront pas finies, pourraient me pousser à faire un retour sur moi-même. Puis remplir mon esprit d'ouvrages et de coutumes anciens ; ne pas penser aux Réponses aux Correspondants ; être en même temps aussi fondamentale et aussi peu superficielle ; aussi physique et aussi

peu inquiète que possible. Et travailler à Roger, puis me détendre. Car pour tout avouer, ma tête est encore tout en nerfs pour l'instant. Et un seul faux pas signifie désespoir déchainé, exaltation et toute la séquelle de cette affliction trop connue, de toute cette gamme si longue du tourment. Aussi ai-je commandé un aloyau et nous irons nous promener en auto.

.../...

Vendredi 28 mars 1941 –
(Jour de son suicide) Extrait
de la lettre à Leonard

Virginia Woolf,
photographie de
Gisèle Freund,
1939

Mon chéri,
Je suis en train de devenir folle, j'en suis certaine. Nous ne pouvons pas revivre cette époque affreuse. Et cette fois je ne guérirai pas. Je commence à entendre des voix et je n'arrive pas à me concentrer. Alors je fais ce qui me semble la meilleure chose à faire. Tu m'as donné le plus grand bonheur possible. Tu as été en tout point le meilleur des hommes. Je ne pense pas que deux personnes aient pu être plus heureuses jusqu'à ce qu'arrive cette terrible maladie. Je ne peux plus lutter, je sais que je gâche ta vie, que sans moi tu pourrais travailler. Et tu pourras, je le sais. Tu vois, je n'arrive même pas à écrire cela convenablement. Je ne peux pas lire. Ce que je veux dire, c'est que je te dois tout le bonheur de ma vie. Tu as été incroyablement patient avec moi et incroyablement bon. Je veux dire cela. Tout le monde le sait. Si quelqu'un avait pu me sauver, ç'aurait été toi. Tout m'a abandonnée à part la certitude de ta bonté. Je ne peux pas continuer à gâcher ta vie. Je ne pense pas que deux personnes aient pu être plus heureuses que nous l'avons été. ■

Caroline Huleu & Ghyslaine Leloup

Comité de la Revue

UN PESE-NERFS

Toute l'écriture est de la cochonnerie.

Les gens qui sortent du vague pour essayer de préciser quoi que ce soit de ce qui se passe dans leur pensée, sont des cochons. Toute la gent littéraire est cochonne, et spécialement celle de ce temps-ci. Tous ceux qui ont des points de repères dans l'esprit, je veux dire d'un certain côté de la tête, sur des emplacements bien localisés de leur cerveau, tous ceux qui sont maîtres de leur langue, tous ceux pour qui les mots ont un sens, tous ceux pour qui il existe des altitudes dans l'âme, et des courants dans la pensée, ceux qui sont esprits de l'époque, et qui ont nommé ces courants de pensée, je pense à leurs besognes précises, et à ce grincement d'automate que rend à tous vents leur esprit, sont des cochons.

Ceux pour qui certains mots ont un sens, et certaines manières d'être, ceux qui font si bien des façons, ceux pour qui les sentiments ont des classes et qui discutent sur un degré quelconque de leurs hilarantes classifications, ceux qui croient encore à des «termes», ceux qui remuent des idéologies ayant pris rang dans l'époque, ceux dont les femmes parlent si bien et ces femmes aussi qui parlent si bien et qui parlent des courants de l'époque, ceux qui croient encore à une orientation de l'esprit, ceux qui suivent des voies, qui agitent des noms, qui font crier les pages des livres, - ceux-là sont les pires cochons. Vous êtes bien gratuit, jeune homme ! Non, je pense à des critiques barbus. Et je vous l'ai dit : pas d'oeuvre, pas de langue, pas de parole, pas d'esprit, rien. Rien, sinon un beau Pèse-Nerfs.

Et n'espérez pas que je vous nomme ce tout, en combien de parties il se divise, que je vous dise son poids, que je marche, que je me mette à discuter sur ce tout, et que, discutant, je me perde et que je me mette ainsi sans le savoir à PENSER, - et qu'il s'éclaire, qu'il vive, qu'il se pare d'une multitude de mots, tous bien frottés de sens, tous divers, et capables de bien mettre au jour toutes les altitudes, toutes les nuances d'une très sensible et pénétrante pensée. Ah ces états qu'on ne nomme jamais, ces situations éminentes d'âme, ah ces intervalles d'esprit, ah ces minuscules ratées qui sont le pain qu-



tidien de mes heures, ah ce peuple fourmillant de données, - ce sont toujours les mêmes mots qui me servent et vraiment je n'ai pas l'air de beaucoup bouger dans ma pensée, mais j'y bouge plus que vous en réalité, barbes d'ânes, cochons pertinents, maîtres du faux verbe, trousseurs de portraits, feuilletonistes, rez-de-chaussée, herbagistes, entomologistes, plaie de ma langue. Je vous l'ai dit, que je n'ai plus ma langue, ce n'est pas une raison pour que vous persistiez, pour que vous vous obstiniez dans la langue.

Allons, je serai compris dans dix ans par les gens qui feront aujourd'hui ce que vous faites. Alors on connaîtra mes

geysers, on verra mes glaces, on aura appris à dénaturer mes poisons, on décèlera mes jeux d'âme. Alors tous mes cheveux seront coulés dans de la chaux, toutes mes veines mentales, alors on percevra mon bestiaire, et ma mystique sera devenue un chapeau. Alors on verra fumer les jointures des pierres, et d'arborescents bouquets d'yeux mentaux se cristalliseront en glossaires, alors on verra choir des aérolithes de pierre, alors on verra des cordes, alors on comprendra la géométrie sans espaces, et on apprendra ce que c'est que la configuration de l'esprit, et on comprendra comment j'ai perdu l'esprit.

Alors on comprendra pourquoi mon esprit n'est pas là, alors on verra toutes les langues tarir, tous les esprits se dessécher, toutes les langues se racornir, les figures humaines s'aplatiront, se dégonfleront, comme aspirées par des

ventouses desséchantes, et cette lubrifiante membrane continuera à flotter dans l'air, cette membrane lubrifiante et caustique, cette membrane à deux épaisseurs, à multiples degrés, à un infini de lézardes, cette mélancolique et vitreuse membrane, mais si sensible, si pertinente elle aussi, si capable de se multiplier, de se dédoubler, de se retourner avec son miroitement de lézardes, de sens, de stupéfiants, d'irrigations pénétrantes et vireuses, alors tout ceci sera trouvé bien, et je n'aurai plus besoin de parler. ■

Antonin Artaud - Le Pèse-Nerfs,
1925v

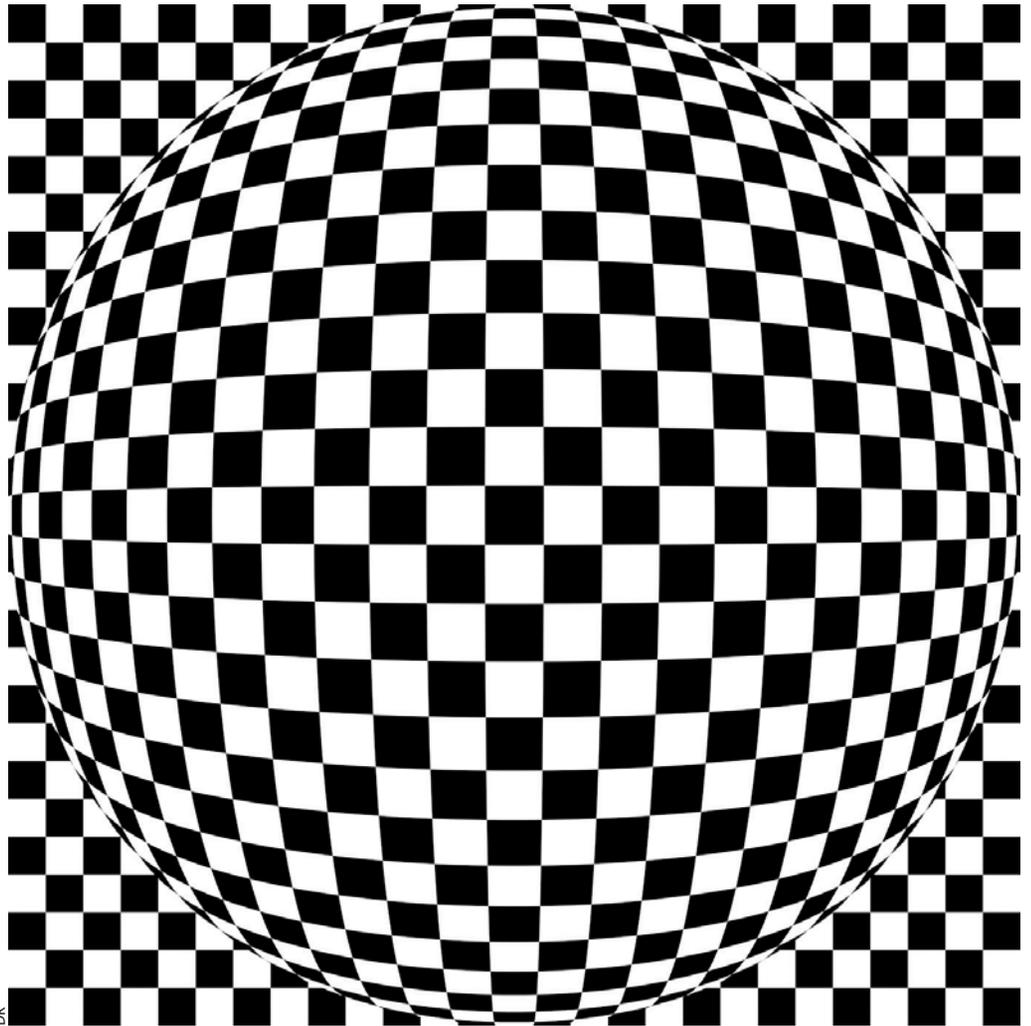
«JE NE L'AI PAS CRU», OU LE DOUTE AU SERVICE DE NARCISSE

La présente rubrique se propose d'ouvrir un débat sur des questions que se posent les écoutants à propos de leur attitude face à certains appels, en raison du problème évoqué ou de la manière dont s'exprime leur interlocuteur. Vos contributions éventuelles à ce débat seront les bienvenues dans ces colonnes.

Un écoutant raconte un appel et termine son récit par ces mots : «*Je ne l'ai pas cru*», cette phrase justifiant la fin de l'appel. Pour le groupe et pour l'animateur de partage, aucun élément du contenu de cet appel ne permet d'éclairer la justesse de cette appréciation. L'écoutant essaie de décrire ce qui a induit cette impression de parole fautive et ajoute : «*d'ailleurs, j'en ai parlé à un ancien, il pense comme moi*». L'argument d'autorité (fondé sur l'expérience) avaliserait définitivement ce jugement : il n'y aurait pas de commentaire à ajouter. Cet exemple illustre, dans sa brièveté, la mise en doute de la parole de l'appelant, mise en doute également fréquente au cours des partages : quelqu'un raconte un appel et un participant, pendant de la discussion, demande : «*et tu l'as cru ?*» Essayons de comprendre ce qui détermine une telle attitude : comment peut-on écouter, en effet, si on doute à ce point de la parole de l'autre ?

Rappelons tout d'abord les caractéristiques de l'écoute à S.O.S Amitié : «... Écoute attentive, sans idée préconçue... Disponibilité... Écoute non-directive, centrée sur l'appelant...» Les écoutants sont des bénévoles «respectueux de la personnalité de celui qui appelle...» Tout le monde sait cela, mais chacun sait aussi que ces règles forment un idéal jamais atteint comme le démontre l'exemple proposé : comment concilier, en effet, disponibilité, idées non préconçues, respect de la personnalité et la réaction : «*je ne l'ai pas cru*» ou «*et tu l'as cru ?*» Est-il si difficile à reconnaître et à mettre en application, écoute après écoute, que respecter la personnalité implique, pour le moins, le respect de la parole ?

Poursuivons : la non-directivité comporte l'absence de jugement, mais ce terme présente des ambiguïtés : un enfant déclare : «*Maman, ta soupe n'est pas bonne*» ; ce faisant, il ne formule pas le jugement : «*Tu es une mauvaise mère*». Lorsque l'Association refuse un candidat, elle ne porte



pas un jugement moral ; elle constate des aptitudes qui ne correspondent pas à sa mission ou aux attentes et aux motivations du candidat. Ainsi, nous ne cessons de porter des jugements ou plutôt des appréciations qui ne relèvent pas du jugement moral : nos choix, nos réactions dans la vie et face aux autres sont la conséquence d'évaluations, par exemple ne pas aimer quelqu'un ne signifie pas nécessairement que nous le rangeons dans la catégorie des ratés, des odieux ou des malhonnêtes. Il est donc utile, pour mieux appréhender les situations, de ne pas confondre appréciation ou évaluation et jugement moral : ce dernier, en effet, introduit les catégories du

bien et du mal, du permis et de l'interdit ; il porte presque toujours sur la totalité de la personne et non sur un aspect particulier de la personnalité ; il entraîne la condamnation et le rejet. Cependant, la frontière entre appréciation et jugement peut être étroite et ces deux attitudes induisent, souvent à notre insu, des réactions variées, l'expérience de l'écoute le montre amplement : la voix est évaluée, homme, femme, personne jeune ou âgée, ton agréable ou désagréable ; ces appréciations, quasi automatiques, peuvent modifier la disponibilité ; il a été noté, par exemple, que la voix seule, repérée par les écoutantes comme celle d'un homme, déclenche

●●● souvent, chez certaines, un réflexe de prudence, voire de suspicion fondé sur la peur d'être manipulées par un pervers. Dans ce cas, l'appréciation se transforme souvent en un jugement moral. Dans celui qui nous occupe, la réaction de l'écouter peut être entendue comme conséquence d'un jugement moral : la formule : *«Je ne l'ai pas cru»* ne peut se ramener à une simple évaluation cognitive ou affective, elle signifie : *«Il ne parle pas «vrai», c'est un menteur ou un affabulateur, il n'est pas crédible»*.

Le risque de jugement

Examinons maintenant les effets de ce jugement : l'autre n'est plus perçu dans sa singularité, mais nous le jugeons porteur d'un désir de tromper, ce qui entraîne un effet de fermeture. Cette fermeture enclenche, à son tour, un réexamen de tous les éléments du discours pour nous prouver que dès le début tout ce discours sonnait faux. L'écoute se transforme ainsi en administration de la preuve : *«Mon jugement est fondé, je ne me trompe pas, j'ai été trompé»*. Pour administrer cette preuve, nous nous accrochons aux contradictions de l'appelant, au constat qu'il énonce des faits qui n'obéissent pas à une logique attendue, qu'il se perd dans ses propres affirmations. Ainsi, cette accumulation de faits sert à nous démontrer à nous-mêmes qu'on a raison de ne pas croire ; de cette manière nous réduisons

la singularité d'une parole à une affabulation sans percevoir que la manœuvre aboutit à la négation de l'autre. Certes, il peut y avoir contradiction, illogisme, confusion, mais pourquoi faire de ces éléments une preuve de mensonge et non l'expression «vraie» de contradiction, d'illogisme, de divagation dans laquelle le sujet appelant est peut-être perdu lui-même ? Sommes-nous à ce point assurés de n'être jamais le jouet de contradiction, d'illogisme ? Serions-nous épargnés de vivre des situations ambiguës, embrouillées, desquelles il serait possible d'affirmer tout et son contraire ?

Dans la vie courante, il nous arrive de dire à nos interlocuteurs : *«Là, je ne te crois pas»* ou *«c'est incroyable, tu galèjes!»* Les adolescents reprochent à leurs parents de ne pas les croire, de n'y rien comprendre, des reproches semblables des parents à leurs enfants étant aussi fréquents. Mais pendant les écoutes, nous ne sommes pas dans la vie courante et nous pourrions espérer avoir la possibilité de nous laisser déranger par les bizarreries (ou plutôt par ce que nous ressentons comme bizarreries) sans les rejeter, sans suspecter une intention de fabulation ou de tromperie. Entendre l'autre dans ce qui nous étonne. L'entendre, alors que nous ne comprenons pas très bien, convaincus cependant que sa parole est vraie, n'est-ce pas ce à quoi nous devrions tendre ? Si nous mettons en doute que les contradictions et

«Il ne parle pas «vrai», c'est un menteur ou un affabulateur, il n'est pas crédible»

les embrouillaminis expriment une vérité authentique, alors nous n'écoutons plus. Et si nous écartons le constat que nous vivons dans des contradictions, pouvons-nous être à l'écoute de nous-mêmes ?

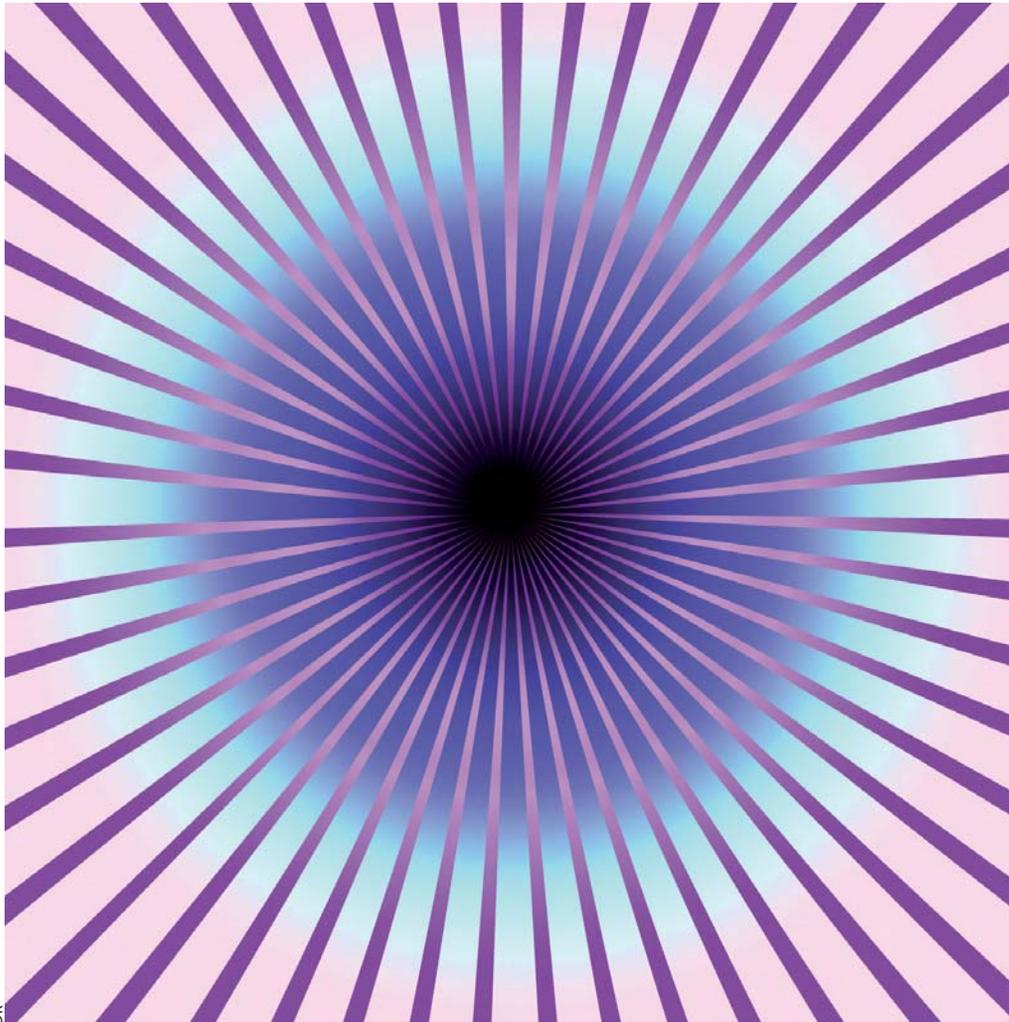
Plusieurs hypothèses ⁽¹⁾

La première : lorsque le discours de l'appelant nous dérange dans nos certitudes, dans nos manières d'être ou de penser ; quand l'appel ne se déroule pas comme nous l'attendons, quand il nous semble que quelque chose «cloche» dans le récit, nous risquons, alors, de ne plus avoir à disposition nos repères habituels. Nous sommes déstabilisés et nous nous méfions : plutôt que de nous laisser entraîner par ce qui est surprenant, invraisemblable, incohérent, bizarre, nous nous efforçons de retrouver notre stabilité en pensant : «il me raconte des histoires». Si l'autre est vraiment trop étrange, nous nous rassurons par le refus de la différence en la qualifiant de tromperie ; nous sauvons la face en refusant la différence.

Deuxième hypothèse : le discours de l'autre est trop étrange pour pouvoir être entendu ; au sentiment de gêne se mêle celui de ne plus savoir comment écouter la suite, comment résoudre cette difficulté. Moment désagréable à vivre, surtout si la culpabilité de ne pas savoir comment s'en sortir ou de se sentir soi-même embrouillé, amplifie la gêne. Pour se libérer de cet embarras, la solution est simple : l'appelant, dans sa bizarrerie, est la cause du malaise ; il est l'auteur des difficultés, il embrouille, il trompe. Cet enchaînement se déroule rapidement sans que nous en percevions les conséquences ; reste l'impression de tromperie qui protège contre la mise en cause du savoir faire, du savoir écouter et contre le sentiment de faute : le coupable, c'est l'autre.

Troisième hypothèse : l'étrange familiarité est ce qui dérange ; il est en effet surprenant de constater que l'accusation de tromperie ne concerne jamais les appelants présentant des troubles psychiques graves ; étonnant car dans ce cas, l'étrangeté est particulièrement évidente et elle est acceptée sans soupçon de tromperie, même si par ailleurs elle pose des problèmes justifiés d'écoute. Ce constat permet de supposer que ce qui dérange le plus est un écart mince entre nos modes personnels de penser, de sentir, de réagir, et ce que dit l'appelant. Dans cette re- ●●●





DR

●● lation, nous parlons le même langage, les mots ne nous sont pas inconnus, nous ne sommes pas des étrangers et pourtant quelque chose dérange ; ce quelque chose trouve son expression la plus condensée dans ce nominatif «alter ego» qui signifie, dans notre cas : l'autre moi-même est autre, mais trop «autre» pour l'entendre ; dans le miroir, les deux visages ne se superposent pas parfaitement. Le décalage est parfois tellement étonnant, tellement désagréable et inquiétant que nous nous accrochons à nos propres repères pour écarter ceux de l'autre (l'alter). L'expression «*je ne l'ai pas cru*» prend alors le sens d'un dévoilement du trop de différence, de l'insupportable différence qui brouille les repères identitaires, moment de trouble qui justifie le retournement de la culpabilité : l'autre porte la responsabilité de l'échec.

Est-il possible de repérer, pendant l'écoute ce moment de bascule ? Très souvent, dans ce genre de situation, le doute s'insinue lorsque la logique du discours est

difficile à suivre ou lorsqu'une discordance émerge ; ce moment d'incertitude, souvent fugace, devrait être, non pas le temps de fermeture mais celui de l'acceptation du doute comme signe de la différence, comme marque singulière de celui qui parle et qui demande à être reçue comme telle. Cette étape pénible correspond à une perte de maîtrise, une perte momentanée de nos repères : on ne se reconnaît plus dans l'autre. Cette situation met à l'épreuve les règles connues : écoute «sans idées préconçues», «disponibilité», être «respectueux de la personnalité de celui qui appelle». Dans ce temps de doute, nous nous heurtons à la difficulté majeure de l'écoute, celle où nos bases narcissiques, celles de «l'ego», sont trop ébranlées par la singularité de «l'alter». Ne pouvant plus entendre la différence, nous récupérons nos marques en transformant le doute en certitude de la tromperie : «l'ego» chasse «l'alter», le semblable différent devient trop différent. On ne s'y repère plus et l'on se dit

floué pour maîtriser le trouble et retrouver sa stabilité.

Conclusion : dans la plupart des cas, l'allegation de tromperie signe l'échec de l'écoute : comment écouter si nous mettons en doute la parole de l'autre ? Ne pas croire en sa parole c'est le refuser comme personne unique, singulière et donc différente. Ne pas pouvoir entendre la différence confirme nos limites : la différence de l'autre devient inaudible parce qu'elle entame trop nos certitudes ou renvoie trop à nos propres errements et incertitudes ; elle suscite l'embarras, sinon l'angoisse, de ne plus contrôler la situation. Narcisse s'affole s'il remarque ses rides dans le miroir que lui tend son semblable différent, son alter ego.

Paradoxalement, ces moments offrent l'occasion très fructueuse de réinterroger, en partage, ce qui nous a rendus sourd ; la solution ne vient pas dans l'énoncé de généralités mais dans le partage avec les autres de nos incertitudes à partir de ce qui, concrètement, dérange, bouscule, suscite le rejet de cet autre qui demande à être entendu et reconnu dans sa singularité. L'étranger n'habite pas aux antipodes, il envahit l'écoute par son embarrassante étrangeté et c'est bien à partir de ce qui dérange que nous pouvons percevoir nos impasses, nos surdités, nos refus de l'étrange. Ce travail d'élaboration se poursuit écoute après écoute, partage après partage ; travail sans fin pour qui-conque accepte de se mettre à l'écoute du semblable étranger. ■

Clément, Juin 2009

⁽¹⁾ Le terme «hypothèse» est volontairement choisi pour inviter chacun à examiner si ce qui est proposé correspond à l'expérience personnelle et à en tirer profit.

⁽²⁾ Une note concernant un autre soupçon, celui de manipulation, sera soumise à votre réflexion.

LES PETITS FRÈRES DES PAUVRES SOLITUD'ÉCOUTE

A l'initiative des responsables de Solitud'écoute, Les petits frères des pauvres et S.O.S Amitié se sont rencontrés. Est née alors la conviction, partagée semble-t-il, que ces deux grandes associations avaient beaucoup en commun et qu'il était plus que souhaitable de cultiver entre nous cette relation naissante. Fraternité et amitié : la revue ouvre ses pages. Diane Rouzier et Audrey Gaillard, respectivement Coordinatrice de la plateforme Solitud'écoute de Lyon et Coordinatrice Nationale de l'action, nous parlent des petits frères des pauvres et de Solitud'écoute.

« Les petits frères des Pauvres », créés en 1946, est une association reconnue d'utilité publique. Grâce à des bénévoles, l'association soutient, par un accompagnement relationnel et fraternel, des personnes de plus de 50 ans souffrant d'isolement, de pauvreté, d'exclusion et de maladies graves.

Afin de nous donner les moyens de créer ou de recréer du lien social pour les personnes que nous accompagnons, nous avons pensé, depuis maintenant plus de 50 ans, diverses actions : les visites à domicile où en hébergement collectif, les séjours vacances, les réveillons de Noël, l'intervention auprès des vieux migrants, l'aide aux personnes vieillissantes à la rue, l'accompagnement des personnes malades... Toutes ces actions sont nées de notre volonté de nous adapter aux problématiques rencontrées par les personnes que nous accompagnons et de pouvoir, avec chacune d'entre elles, élaborer un projet personnalisé, adapté à ses désirs et besoins.

En 2008, « Les petits frères des Pauvres » comptait 26 000 personnes aidées par 7 600 bénévoles et 440 salariés sur la France entière.

Notre maxime, « Des fleurs avant le pain », témoigne de notre volonté de privilégier la qualité du lien que nous instaurons et de rechercher, ensemble, les moyens d'améliorer la qualité de vie.

Histoire et identité

À l'occasion de la journée internationale de la personne âgée et dans le cadre de

notre projet associatif « Ensemble vers les plus pauvres », nous avons lancé, le 1er octobre 2007, Solitud'écoute, numéro vert destiné aux personnes de plus de 50 ans, accessible tous les jours de 15h à 18h.

Notre nom, Solitud'écoute, reflète notre appartenance aux petits frères des Pauvres. Avec la pratique de l'écoute, nous avons pu, rapidement, faire le constat que la solitude n'a pas pour seule origine l'isolement. De nombreux appelants trouvent dans notre nom, dans l'alliance faite entre solitude et écoute, quelque chose qui semble proposer une réponse à leur besoin principal : celui d'être écoutés et de pouvoir, en toute confiance, parler et se parler. Grâce à Solitud'écoute, notre association peut être présente là où nous ne le sommes pas physiquement.

Forts d'une expérience de plus de 23 ans dans l'écoute téléphonique avec notre ancienne plateforme « Écoute-Amitié », nous nous construisons petit à petit. L'écriture de notre référentiel, qui se fonde dans l'identité associative « petits frères », a posé les bases de notre action à travers nos valeurs, nos règles de fonctionnement mais également nos limites.

L'identité de Solitud'écoute se situe au croisement de deux volontés : celle d'offrir une écoute anonyme, centrée sur l'autre, et celle de vivre une relation fraternelle. Ainsi, à la différence de S.O.S Amitié, lorsqu'un appelant demande à un écoutant son prénom, nous avons fait le choix de le lui dire, que ce soit notre vrai prénom ou un pseudonyme. Nous travaillons beaucoup la question de l'accueil de l'appelant et nous tentons, tout en respectant les limites de l'action et nos limites personnelles d'écouter, d'apporter de la chaleur à ceux qui nous appellent.

Avenir et préoccupations

2008 a été pour Solitud'écoute une année de développement évident :

En nombre d'appels reçus et écoutés,
En nombre de bénévoles et de lignes ouvertes.

Pour permettre à l'action de poursuivre son développement dans de bonnes conditions, nous sommes attentifs à assurer, conjointement, le recrutement de

nouveaux bénévoles et la communication sur notre action auprès des partenaires.

Aujourd'hui, notre équipe compte 38 bénévoles, répartis sur trois sites d'écoute (Lyon, Nantes, Paris). Cette équipe est soutenue par une équipe salariée : un coordinateur local pour chaque plateforme et une coordinatrice nationale de l'action. Nous accordons une grande importance à la vie d'équipe à la fois dans chacune des plateformes mais aussi sur un plan national.

Une de nos priorités, propre à l'ensemble des actions de notre association, est le soutien apporté aux bénévoles. Ce soutien commence lors de l'intégration et se poursuit tout au long du parcours du bénévole, par la mise en place de formations adaptées et par l'existence de groupes de parole réguliers.

Le référentiel finalisé, c'est maintenant l'occasion pour l'équipe d'approfondir les questionnements posés par notre pratique de l'écoute depuis bientôt 2 ans, avec le souhait de pouvoir nourrir, partager ces réflexions avec celles des associations, organismes de téléphonie sociale. ■



**On peut ne rien avoir à demander
... avoir juste envie de parler.**



Solitud'écoute

→ Pour les plus de 50 ans



N° Vert 0 800 47 47 88

Tous les après-midi, 7 j/7 appel gratuit depuis un fixe

Pour devenir bénévole écoutant à Lyon, Nantes et Paris :
solitud-ecoute@petitsfreres.asso.fr

 les petits frères des Pauvres
Association reconnue d'utilité publique
www.petitsfreres.asso.fr

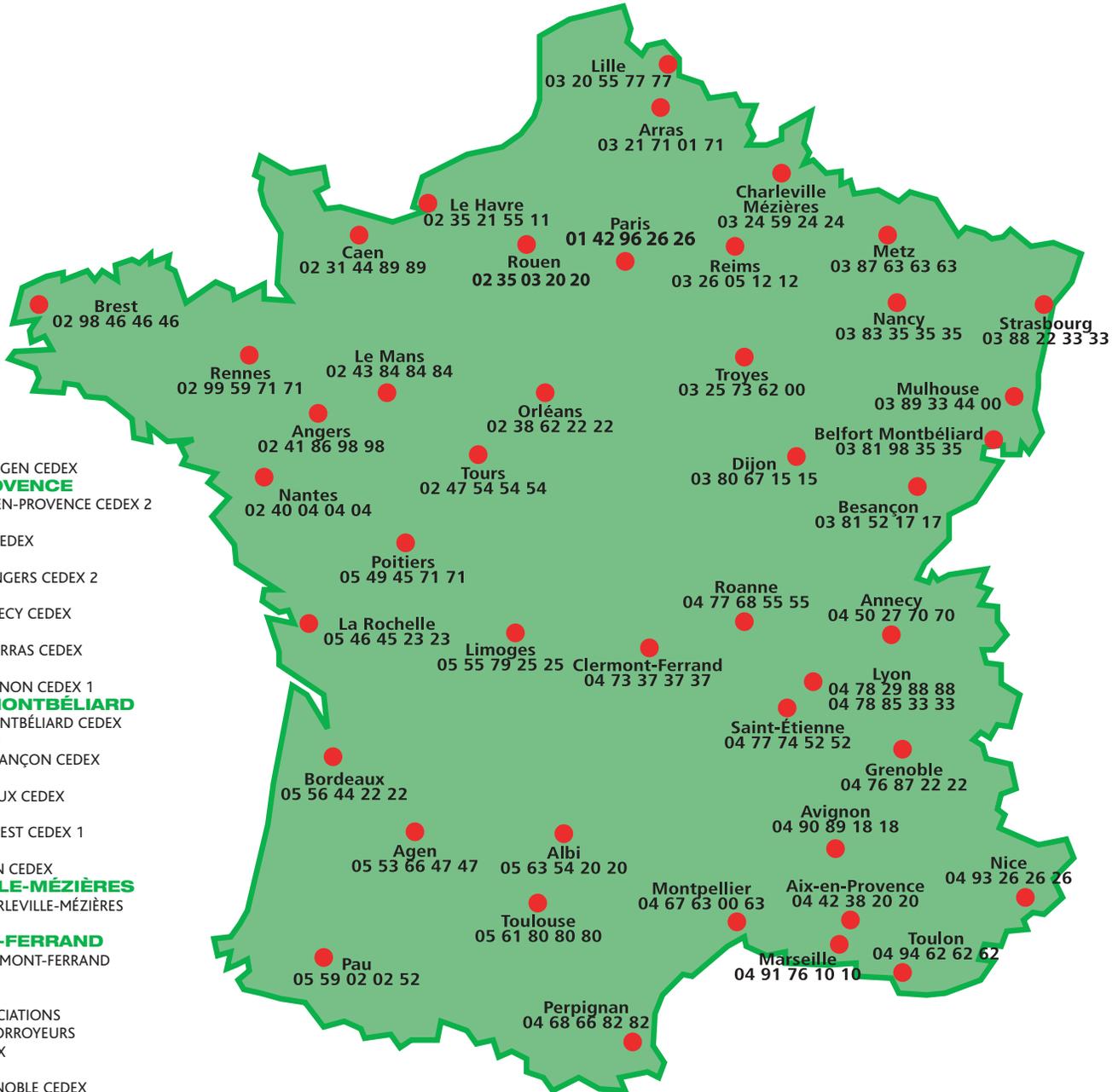


Siège fédéral - 11, rue des Immeubles Industriels - 75011 Paris

Tél. : 01 40 09 15 22 - Fax : 01 40 09 74 35

Internet : <http://www.sos-amitie.org> - Email : admin@sos-amitie.org

Association loi 1901 reconnue d'utilité publique par Décret du 15 février 1967



- ▷ **AGEN**
BP 70295 - 47007 AGEN CEDEX
- ▷ **AIX-EN-PROVENCE**
BP 609-13093 AIX-EN-PROVENCE CEDEX 2
- ▷ **ALBI**
BP 70-81002 ALBI CEDEX
- ▷ **ANGERS**
BP 72204-49022 ANGERS CEDEX 2
- ▷ **ANNECY**
BP 360-74012 ANNECY CEDEX
- ▷ **ARRAS**
BP 50511 - 62008 ARRAS CEDEX
- ▷ **AVIGNON**
BP 128-84007 AVIGNON CEDEX 1
- ▷ **BELFORT MONTBÉLIARD**
BP 414 - 25208 MONTBÉLIARD CEDEX
- ▷ **BESANÇON**
BP 1572-25009 BESANÇON CEDEX
- ▷ **BORDEAUX**
B.P. 20002 BORDEAUX CEDEX
- ▷ **BREST**
BP 11218-29212 BREST CEDEX 1
- ▷ **CAEN**
BP 282-14014 CAEN CEDEX
- ▷ **CHARLEVILLE-MÉZIÈRES**
BP 444-08098 CHARLEVILLE-MÉZIÈRES CEDEX
- ▷ **CLERMONT-FERRAND**
BP 72 - 63019 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2
- ▷ **DIJON**
MAISON DES ASSOCIATIONS
B. V8-2, RUE DES CORROYEURS
21068 DIJON CEDEX
- ▷ **GRENOBLE**
BP 351-38014 GRENOBLE CEDEX
- ▷ **LA ROCHELLE**
BP 153-17005 LA ROCHELLE CEDEX 1
- ▷ **LE HAVRE**
BP 1128-76063 LE HAVRE CEDEX
- ▷ **LE MANS**
BP 28 013-72008 LE MANS CEDEX 1
- ▷ **LILLE**
BP 10-59010 LILLE CEDEX
- ▷ **LIMOGES**
BP 11-87001 LIMOGES CEDEX
- ▷ **LYON**
BP 1075-69612 VILLEURBANNE CEDEX
- ▷ **MARSEILLE**
BP 194-13268 MARSEILLE CEDEX 8
- ▷ **METZ**
BP 20 352-57007 METZ CEDEX 1
- ▷ **MONTPELLIER**
BP 6040-34030 MONTPELLIER CEDEX 1
- ▷ **MULHOUSE**
BP 2116-68060 MULHOUSE CEDEX

- ▷ **NANCY**
BP 212-54004 NANCY CEDEX
- ▷ **NANTES**
BP 82228-44022 NANTES CEDEX 1
- ▷ **NICE**
BP 1 421-06008 NICE CEDEX 1
- ▷ **ORLÉANS**
BP 5251-45052 ORLÉANS CEDEX 1
- ▷ **PARIS - ILE DE FRANCE**
SECRETARIAT BP100
92105 BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX
- ▷ **PAU**
BP 555-64012 PAU UNIVERSITÉ CEDEX
- ▷ **PERPIGNAN**
BP 50456-66004 PERPIGNAN CEDEX 4

- ▷ **POITIERS**
BP 21-86001 POITIERS CEDEX
- ▷ **REIMS**
BP 2088-51073 REIMS CEDEX
- ▷ **RENNES**
BP 70837-35008 RENNES CEDEX
- ▷ **ROANNE**
19, RUE BENOÎT MALON-42300 ROANNE
- ▷ **ROUEN**
BP 1104-76174 ROUEN CEDEX 1
- ▷ **SAINT-ÉTIENNE**
MAISON DES ASSOCIATIONS
Casier 101 - 4 rue André Malraux
42000 SAINT-ÉTIENNE

- ▷ **STRASBOURG**
BP 125-67028 STRASBOURG CEDEX 1
- ▷ **TOULON**
BP 2 028-83060 TOULON CEDEX
- ▷ **TOULOUSE**
BP 31327-31013 TOULOUSE CEDEX 6
- ▷ **TOURS**
BP 11604-37016 TOURS CEDEX 1
- ▷ **TROYES**
BP 186-10006 TROYES CEDEX
- ▷ **ECOUTE VIA INTERNET**
BP 125- 67028 STRASBOURG CEDEX 1
- ▷ **www.sos-amitie.org**
- ▷ **ENGLISH SPEAKING**
01 46 21 46 46
BP 43 - 92101 BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX