

# 23<sup>e</sup> CONGRÈS DU GRAAP

CASINO DE MONTBENON - LAUSANNE

MALADIES PSYCHIQUES

## LA CRISE

SES DANGERS  
SES OPPORTUNITÉS

9 et 10 mai 2012

ACTES DU CONGRÈS

Photographie: Olivier Stegmann, «Das Zelt», Famiglia Dimitri, 2010

*Les textes de cette brochure ont fait l'objet d'une transcription sur la base des enregistrements réalisés lors des deux journées de notre congrès ou nous ont été aimablement communiqués par les intervenants. Les versions les plus longues sont publiées ici sous forme résumée.*

# Sommaire

## Première journée

<b>Allocution de bienvenue</b> Madeleine Pont et Nelly Perey	2
<b>Crise et sécurité publique</b> Marc Vuilleumier	5
<b>La crise, la maladie psychique, un psychiatre raconte...</b> Prof. Patrice Guex	8
<b>Témoignage</b> Stéphane Caquereau	15
<b>Le courage d'être soi... au-delà de la crise</b> Jacques Salomé	20
<b>La crise psychique, le rôle du médecin généraliste</b> D <sup>rsse</sup> Hedi Decrey Wick	29
<b>Les proches dans la crise, leurs rôles</b> D <sup>r</sup> Marco Vannotti	35
<b>Dialogue de crise</b> Alexia Stantzos Gilles Bangerter D <sup>r</sup> Bertrand Graz	40
<b>Proches et professionnels dans l'intervention de crise: qui aide qui?</b> Marc-Antoine Berthod	45

## Deuxième journée

<b>De la crise individuelle au problème de société</b> Anne-Claude Demierre	54
<b>Face au désastre, les ressources personnelles</b> Liliane Sticher Siu Barbara Zbinden	59
<b>Tisser des liens dans la collectivité pour sortir de la crise?</b> <b>Une attente envers les professionnels?</b> Dominique Quiroga-Schmider	63
<b>Après la crise, comment rebondir?</b> Prof. Marc-Henry Soulet	71
<b>Pleine conscience et crise</b> Lorena Gamboa Horta Chevillat	76
<b>La crise et après?</b> Rosette Poletti	84
<b>Moins de biens, plus de liens</b> Laurent Crampon	91
<b>Le choix de vivre</b> Marie-Lise Labonté	95

---

## Première journée

---

### **Allocution de bienvenue**

**Madeleine Pont**  
Directrice du Graap-Fondation

**Nelly Perey**  
Présidente du Graap-Fondation



#### **Madeleine Pont**

Cette année est un peu spéciale pour nous, puisque nous fêtons les 25 ans d'existence du Graap.

Partis d'une petite équipe de neuf personnes, nous nous retrouvons aujourd'hui avec plus de 1000 membres. Ensemble sur le chemin, nous marchons portés par un même espoir: celui de réaliser, avec toutes nos forces, une vie meilleure pour nous-mêmes et pour les autres.

Cette année est aussi un peu particulière pour moi, puisque dans vingt-deux jours exactement, je rendrai mon tablier de directrice du Graap-Fondation. Il s'agit d'un départ vers une autre étape de ma vie et c'est avec plaisir que je m'apprête à passer le flambeau à Jean-Pierre Zbinden, qui reprendra la direction du Graap-Fondation.

Je cède à présent la parole à Nelly Perey,

la présidente de notre association depuis 15 ans.

#### **Nelly Perey**

Mesdames, Messieurs, chers amis, j'ai à nouveau le grand plaisir de vous souhaiter la bienvenue, ici, au Casino de Montbenon, pour notre 23<sup>e</sup> congrès annuel.

Parmi les participants à ce congrès, nous avons l'honneur de saluer la présence de nombreuses personnalités: directeurs d'institutions, chefs de service, présidents d'associations, professionnels de la santé, ainsi que des patients, des proches, sans oublier les simples curieux. Et j'adresse un cordial salut à Monsieur Eric Toriel, secrétaire général du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS).

J'ai aussi le grand plaisir de saluer Monsieur Marc Vuilleumier qui nous apportera un message d'ouverture de la

part de la municipalité de Lausanne et Madame Anne-Claude Demierre, conseillère d'Etat du canton de Fribourg qui ouvrira la seconde journée.

Je salue chaleureusement les conférenciers qui prendront la parole durant ces deux journées, manifestant ainsi leur solidarité avec nous en mettant à notre disposition leurs recherches, leurs compétences et leurs expériences. Nous leur sommes d'autant plus reconnaissants qu'ils acceptent généralement d'intervenir bénévolement.

Nous sommes honorés de la présence de Monsieur Jacques Salomé, psychosociologue, formateur et écrivain venu de France qui s'exprimera lors de la première matinée et Madame Marie-Lise Labonté, psychothérapeute, formatrice et écrivaine, qui nous vient du Québec. C'est avec elle que nous clôturerons notre congrès.

Je remercie tout particulièrement les journalistes présents pour l'intérêt qu'ils manifestent à notre congrès; le rôle de la presse est important dans la formation de l'opinion publique et dans la diffusion d'une meilleure image de la maladie psychique et nous sommes reconnaissants de cette collaboration.

Cette année, nous avons choisi le thème suivant: «Maladies psychiques, la crise: ses dangers et ses opportunités».

Des crises plus ou moins intenses, plus ou moins douloureuses, nous en avons tous vécues. Il n'existe pas de balance



pour peser la souffrance, ni de double mètre pour mesurer les dangers encourus et/ou les progrès qu'elles engendrent. Les crises sont souvent indissociables d'un travail de maturation que tout humain est appelé à faire au cours de son existence. Toute crise comporte une part de risque et peut ainsi atteindre notre santé psychique, d'une manière plus ou moins durable, plus ou moins handicapante.

Les crises, j'en ai vécu quelques-unes dans mon parcours. Après une période de difficultés et de tensions particulières dans ma vie, étrangement, je me sentais de mieux en mieux. Et, sans m'en rendre compte, je m'envolais dans un monde magique, décollant de la réalité. Mes proches, mes camarades constataient alors que j'étais en décompensation. Pour moi, les phases les plus douloureuses de ces formes de crise avaient lieu à «l'atterrissage», lorsque je reprenais contact avec la dure réalité du quotidien.

Cependant, si je regarde en arrière, je peux dire qu'elles avaient toutes du sens. J'ai pu voir en quoi elles ont été utiles dans mon développement personnel. J'ai quand même envie de vous dire que je m'en serais bien passé... Mais, je suis forcée de reconnaître qu'elles ont été, chacune à leur manière, un tremplin vers une vie meilleure et qui me convient bien aujourd'hui!

Je n'aurais, par exemple, pas participé à des ateliers d'écriture, ni fait des chansons avec mes propres textes, si je n'étais pas tombée malade.

J'ai ainsi eu la chance de connaître le Graap que je côtoie maintenant depuis environ 23 ans. Je peux y puiser pour donner du sens à ma vie, pour vivre au quotidien des valeurs qui me portent, comme la solidarité et l'amitié. J'ai trouvé une structure qui m'aide à bien vivre ma solitude. Le Graap n'est évidemment pas toute ma vie et j'ai aussi besoin de côtoyer d'autres personnes, d'avoir aussi d'autres activités à l'extérieur, mais il demeure très important pour moi.

Tout au long de ces deux journées, nous allons explorer diverses facettes de la crise psychique: comment l'aborder? Quels sont les outils pour en sortir? Comment faire justement de la crise un tremplin?

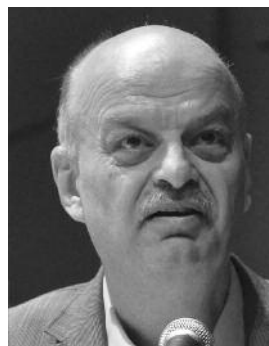
Notre congrès parlera de l'individu, mais pas seulement: lorsqu'une personne souffre, tout son entourage est atteint. La question du lien social, de l'entraide

et de l'engagement citoyen sera naturellement évoquée. Tout cela dans la perspective de redonner du sens à la vie, car la crise bouscule tout, y compris nos raisons de vivre.

Voilà! Je vous souhaite à chacun et chacune de vivre deux belles et fructueuses journées!

# Crise et sécurité publique

**Marc Vuilleumier**  
Conseiller municipal  
de la Ville de Lausanne,  
Dicastère Sécurité publique et sports,  
Lausanne



**L**a crise? Elle fait partie du quotidien du policier. Lorsqu'il se lève, qu'il se prépare, qu'il se rend à son travail, il ne sait pas tout à fait ce qui l'attend au cours de sa journée de travail.

Il y a les crises très graves, souvent extrêmement médiatisées, à l'exemple de la récente interpellation de braqueurs dans une bijouterie. Mais, il y a surtout les crises de la vie quotidienne dont peu de personnes parlent: violences domestiques, bagarre sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants, parfois avec couteau, chutes de personnes âgées au milieu de la nuit, nuisances sonores, piéton renversé par un véhicule, désarroi du citoyen ou du commerçant qui a été cambriolé, etc. Sans oublier évidemment la souffrance du malade psychique en décompensation qui, parfois, trouble l'ordre public ou peut représenter un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.

C'est sur la relation entre police et personnes en crise psychique que je vais à présent m'arrêter.

Je me rappelle d'un temps pas si lointain, où les milieux psychiatriques et la police se regardaient en chiens de faïence: les policiers trouvaient que les psychiatres ou tout autre professionnel de la santé mentale, étaient bien compliqués et qu'ils coupaient les cheveux en quatre.

De leur côté, les psychiatres jugeaient les policiers quelque peu psychorigides et procéduriers, voire bourrus. Ces fausses images n'ont pas complètement disparu. On m'a même raconté, il n'y a pas si longtemps, que certains policiers refusaient d'amener les personnes à l'hôpital et attendaient qu'on vienne les chercher dans la cour. Probablement par peur d'un monde inconnu, mais aussi par peur des personnes qui le fréquentent ou y travaillent.

Et pourtant, les choses ont aujourd'hui changé. Policiers et psychiatres sont souvent appelés à collaborer, en particulier dans les cas de crise psychique.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 30 avril 2012, la police lausannoise a conduit 422

personnes au Service de la psychiatrie de liaison et 248 personnes à l'Hôpital de Cery. En tout donc, 670 personnes, soit 42 en moyenne par mois, ce qui représente presque un transport et demi par jour. Impossible de nier qu'il existe à présent une forte collaboration entre ces deux services.

Pour bien collaborer, mieux vaut se connaître et connaître les missions des uns et des autres, ainsi que leurs limites. Un des quatre piliers du concept lausannois de «police urbaine de proximité» explicite ce partenariat avec un message simple: «la sécurité, c'est avant tout l'affaire des policiers, mais pas seulement.» Divers acteurs sociaux autres que les milieux médicaux sont d'ailleurs concernés, et notamment les enseignants animateurs, les entraîneurs sportifs.

Plusieurs partenariats ont aussi été conclus avec les écoles, les discothèques, les Transports lausannois, les commerçants, pour ne citer que ces exemples. De telles collaborations existent bien évidemment aussi avec les milieux psychiatriques. Ils prennent notamment la forme de stages, lors desquels des policiers se rendent à l'hôpital et le personnel infirmier ou médical à l'hôtel de police. Et je suis convaincu que cet échange mis en place récemment a sensiblement contribué à écorner – et même plus – les images toutes faites quant aux fonctions respectives des uns et des autres. De quoi donc mieux collaborer, se respecter les uns les autres et développer plus de considération pour les fonctions que chacun exerce.

Aujourd'hui, en plus de ces stages, des rencontres régulières et des formations sont organisées.

Pour autant, le policier n'est pas un soignant. Il ne veut pas l'être, il n'a pas à l'être. En revanche, c'est sûr, il a un rôle à jouer dans la chaîne de soins, en particulier dans les cas de crise psychique aiguë. L'activité du policier se caractérise alors par deux choses: d'une part, elle intervient en dernier recours, d'autre part, elle implique que ce professionnel soit prêt. Tâchons d'expliquer cela.

Lorsqu'une personne est en situation de décompensation, elle peut faire appel à un proche. Si cela ne suffit pas, elle contactera peut-être un médecin ou un psychiatre. Elle peut aussi se rendre dans un service ambulatoire ou un hôpital. Ce dernier, si la situation l'exige, appellera la police. En bout de chaîne, le policier qui se déplacera ne pourra, lui, faire appel à personne, à aucun autre service pour l'aider. Il doit – et c'est son rôle – agir au mieux pour protéger les personnes, de même que les biens ou mettre un terme aux troubles de l'ordre public.

Intervenir en dernier recours n'est ainsi pas facile et, pour que les choses se déroulent le mieux possible, le policier doit être prêt. Pour s'acquitter de telles missions, il reçoit une formation particulière (école de police, formation continue). Il doit aussi souscrire à certaines valeurs et les intégrer dans sa pratique. A la police lausannoise, elles



sont au nombre de sept, inscrites dans une charte régulièrement travaillée:

- **Autonomie.** Chaque intervention est à considérer comme nouvelle, ce qui requiert toute l'intelligence du policier pour trouver des solutions adaptées.
- **Responsabilité.** C'est le fait d'assumer ses actes, plus précisément d'être capable d'expliquer pourquoi une certaine option a été retenue plutôt qu'une autre.
- **Confiance.** Elle doit être porteuse d'espoir et contribuer à un climat fait de fiabilité.
- **Franchise.** Cette valeur rend la communication plus transparente.
- **Respect des différences,** de toutes les différences. Le policier doit favoriser l'autre et prendre en compte sa situation particulière.
- **Équité.** Elle promet les comportements se basant sur les notions de «juste» et de «faux».
- **Professionnalisme.** Il favorise le savoir-faire et le discernement dans l'accomplissement de sa profession.

Dans les moments de crise, il est cependant toujours possible qu'un «couac» se produise. Notre responsabilité à tous? Les éviter au maximum et les corriger lorsqu'ils surviennent. Comme je vous l'ai montré, la police s'en donne les

moyens, que ce soit au travers de la promotion de ces valeurs, de la mise en place de stages, de formations et de collaborations. Le fait que le Capitaine Pannatier de la police lausannoise ait accepté de rejoindre le Conseil de Fondation du Graap-Lausanne est un exemple d'un de ces partenariats dont tous profitent.

Je tiens enfin, pour terminer à saluer, au moment où elle prend sa retraite, l'engagement et l'énergie hors du commun de Madeleine Pont, la fondatrice du Graap.

# La crise, la maladie psychique, un psychiatre raconte...

**Prof. Patrice Guex**

Ancien chef du Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne



Pour nous psychiatres, il est toujours délicat de sortir de nos officines et de parler de notre métier surtout devant un public de professionnels et d'usagers. En le faisant, nous avons toujours l'impression de trahir un peu nos patients, et d'être en décalage par rapport à leur souffrance. S'il faut bien évidemment être le plus proche possible du vécu authentique de chacun, il est tout aussi important de pouvoir s'en distancer pour aborder de manière plus générale les questions de maladie psychique.

Afin d'introduire le thème de la crise, voici une brève vignette clinique qui m'a été présentée récemment dans le cadre d'une supervision.

*On m'informe de la situation d'un jeune homme: celui-ci s'alcoolise régulièrement et si massivement qu'il se retrouve fréquemment aux urgences des hôpitaux somatiques, puis psychiatriques. Il est ensuite suivi en ambulatoire, et au moment où il semble stabilisé dans une rela-*

*tion de confiance avec son thérapeute, il ne tarde pas à recommencer. De guerre lasse et après plusieurs sevrages, il est alors question de le placer dans un foyer. On me signale qu'il présenterait également un léger déficit intellectuel.*

Dans cette vignette clinique apparaissent tous les signes de crises répétitives et d'un grand sentiment d'épuisement du système de soins. Cependant, il y manque quelque chose d'essentiel: l'histoire de vie du patient, la dimension de son récit. On ignore l'âge de ce jeune homme, le décès de son père deux ans auparavant, de même que ses origines asiatiques par sa mère. Toutes ces informations, et bien d'autres encore à investiguer, seraient pourtant essentielles pour comprendre les raisons de son comportement. Crises suite à une maladie du père ou à son décès? Crise identitaire à cause d'un sentiment de différence dû à ses origines? Vulnérabilité familiale vis-à-vis de l'alcool? Crise de Foi, du type «pourquoi Dieu m'a-t-il abandonné?» Sentiment d'inadéquation

avec son milieu? Pour y répondre, impossible donc de faire l'économie d'une histoire, d'un vécu, le repérage d'un itinéraire singulier pour se mettre à sa place et éviter que nos propositions thérapeutiques ne déclenchent toujours les mêmes facteurs précipitants avec les mêmes conséquences.

## ***La crise, un «moment décisif»***

Tiré du grec krisis (κρίσις), le terme «crise» décrit un moment décisif. Pour reprendre notre exemple, la question serait de savoir à quel moment charnière ce jeune se trouve. Quelle chose en lui ou dans son contexte de vie le pousse-t-il irrésistiblement vers l'échec, la déception, sorte de quête désespérée de bouleversements pour trouver un autre état d'équilibre? Il convient donc de déterminer plus précisément à quels niveaux complexes se joue cette crise, pour mieux cibler l'intervention.

Chez les Romains, le terme «crise» possédait déjà une connotation médicale, décrivant la phase critique d'une maladie ou la manifestation violente d'un trouble. Par extension, il est devenu sur le plan psychique l'équivalent de déséquilibre, instant de basculement et de transformation.

Le mot «crise» désigne aussi le dénouement d'une intrigue, d'un drame. Une nouvelle histoire se tisse avec des transitions qui parfois permettent d'éviter la crise parfois la précipitent. C'est aussi le

passage d'un stade de son cycle de vie à un autre dans la construction de soi. On doit quitter des repères connus, forgeant une identité, on se met en crise, en deuil, et on doit se réinvestir autrement, ailleurs.

C'est pendant la crise que se profile l'issue. Et si l'on est «sans histoire», à l'image de la vignette clinique présentée ci-dessus, il devient très difficile de «déplisser», de découvrir un scénario, de se donner l'occasion de réfléchir pour prendre une bonne décision. C'est l'impasse!

Tous, nous vivons actuellement dans un système en crise. En cela, la situation du jeune homme pris en exemple est symptomatique d'une société qui a modifié ses repères, ses structures, ses traditions. Les exigences d'éducation, la culture, la science, le savoir et la réalité sociale elle-même sont touchés de plein fouet. Les «porteurs de témoin», c'est-à-dire ceux qui transmettent des savoirs ou des expériences pour mieux surmonter les crises, font aujourd'hui défaut.

Alors que crise veut dire «trouver une solution», «proposer des solutions», nous ne possédons plus de solutions, ou de moins en moins pour s'en sortir. L'homme moderne est en présence d'une pluralité de sens et il ne peut plus s'appuyer sur les expériences du passé pour s'orienter. A une large échelle, on constate donc une crise du sujet: «Je ne suis plus vraiment le même, tout en n'entrevoiant pas encore ce que je pourrais être.»

## Rebondir?

Nos vies sont ponctuées d'une succession d'étapes, de «crises» et de deuils, plus ou moins sévères, dès la naissance: la petite enfance, l'école, l'adolescence, l'accès à la vie adulte, les relations affectives, le couple, la famille, la vie professionnelle, la maturité, la retraite, la vieillesse, la mort, pour n'en citer que les plus évidents. La crise n'est pourtant pas nécessairement synonyme de bouleversement général, mais d'un événement impliquant une reconstruction, un redéploiement. Des transitions doivent s'opérer, de manière à dépasser l'ambivalence entre l'immobilisme, le statu quo, à terme mortifère, et le changement, le progrès vers l'inconnu, mais aussi source d'insécurité et d'angoisse.

La crise est plus problématique lorsque cet état persiste, sans issue possible. Le problème réside aussi parfois dans l'absence de «crise» à un moment crucial. Puisque c'est un des thèmes du jour, par exemple après leur retraite, ou tout autre événement existentiel, certaines personnes ne mesurent pas tout de suite les implications du changement ou le dramatisent. C'est alors la crise. La question est bien sûr de savoir comment préparer des étapes de vie si essentielles. A quel moment doit-on considérer les réactions des personnes comme excessives?

Chaque crise se double d'une contrainte: celle de faire preuve de flexibilité, d'initiative ou de créativité. Va-t-on réduire ce moment particulier à sa dimension

purement clinique et y répondre médicalement? Ou réussira-t-on à rebondir, à retrouver quelque chose d'une trajectoire, d'une continuité de sa propre histoire, mais autrement?

«Seule une pensée qui juge l'histoire, la culture ou la science à l'aune de ce qu'exige le vivant peut évaluer la crise, ses dégâts, mais aussi ses bienfaits», pour reprendre les mots de la philosophe Myriam Revaut d'Allonnes dans la revue «Esprit»; d'où la possibilité de se demander ce qui, chez une personne en particulier, va résoudre sa crise. Le jeune homme cité précédemment peut être traité pour son alcoolisme, son *craving*, on peut lui réapprendre d'autres comportements, le remettre dans un foyer protecteur, etc. Mais, l'essentiel à mes yeux reste de s'ouvrir à lui en tant que personne, à ses projets, et voir comment l'aider ou du moins ce qui fait obstacle. Pour le faire, un minimum d'alliance et de relation avec lui s'impose, afin d'accéder au sens de cette situation. Quelle que soit l'objectivité scientifique requise, on ne peut éviter de comprendre la personne et ses facteurs de vulnérabilité.

La psychothérapie peut être un espace pour aborder la crise. Déterminer dans quels scénarii se trouve la personne, quelle blessure, carence ou tristesse l'affecte, permettra de donner du sens à ce vécu. Mais, il n'est pas toujours aisé de faire en sorte que les patients se confient. Des solutions adaptatives doivent être mises en place pour valoriser les ressources de la personne, créer du lien, offrir de nouvelles possibilités. Mais

ce n'est pas toujours simple vu la complexité de certaines situations. Les angoisses de certains s'inscriront ainsi dans leur corps, ce qui posera de nombreux problèmes de diagnostics somatiques avant de pouvoir ouvrir une dimension plus émotionnelle; dans le cas contraire, le processus peut se figer et le patient peut évoluer vers la chronicité ou l'invalidité.

## ***Regards différenciés sur la crise***

Face à la crise, il me semble important de développer une approche éclectique à l'image des multiples facettes qui composent l'être humain. Pour l'un, la crise sera d'origine purement biologique, une maladie bouleversant son image corporelle, pour l'autre, le problème se situera dans sa compréhension de la réalité ou dans un basculement tragique de sa réalité, bien souvent, il s'agira de se redéfinir face à une pluralité de sens. C'est pourquoi l'essentiel est de laisser beaucoup d'espace à ce que la personne souhaite exprimer, quand bien même elle peine à le formuler. Il faut par ailleurs se méfier de tous les réductionnismes théoriques, souvent excellentes protections pour cacher la contre-attitude des soignants et prendre en compte une pluralité de possibles. Toute approche comporte ses limites et il est nécessaire de puiser à plusieurs sources pour rester en éveil pour de bonnes solutions.

La situation du jeune homme cité plus haut était si désespérante que le psychia-

tre ne disposait, semble-t-il, plus assez d'imagination pour envisager un autre destin pour son patient que celui d'un placement pour le cadrer. Ne pas saisir non plus que, pour lui, s'enivrer, c'était se remplir du plein qu'on ne lui donnait pas... Ne plus voir que dans sa couleur, son métissage culturel, ses efforts pour ressembler à «un grand et solide gail-lard» se cachait peut-être un ressort fabuleux, d'abord pour lui-même, mais aussi utile à terme dans notre société en mutation. Pour imaginer à nouveau, rien ne vaut un regard pluriel, une approche ouverte, si possible à plusieurs, dans une perspective interdisciplinaire.

Avec les développements de l'épidémiologie psychiatrique, de la médecine sociale, de la médecine préventive, les programmes de santé publique cherchent à intervenir avant la crise, pour mieux connaître les vulnérabilités et en anticiper les conséquences. On devrait y consacrer autant d'argent que pour les soins eux-mêmes. Cela passe par la planification sanitaire. On tente ainsi de déterminer les facteurs biologiques, de développement ou sociaux qui rendraient possible la survenue d'une crise au cours de l'existence, de repérer très précocement ces facteurs prédisposant. L'idée est intéressante, mais tout à la fois terrifiante.

Un tel débat a eu lieu en France au sujet des hyperactifs. Dès le début de leur scolarité, on tente de repérer les personnes à risque qui pourraient développer un trouble bipolaire à l'âge adulte. Cela n'est heureusement pas encore systématique,

mais un risque existe. Pouvoir intervenir avant la crise en repérant les élèves qui courent le risque de «dysfonctionner» par la suite est important, mais des dérives sont toujours possibles de surdiagnostiquer, de surmédicaliser et surdéterminer le destin des gens. Ce sont autant de conflits de valeurs dont il faut débattre.

Le jeune homme précité avait reçu des médicaments, sans que l'on sache que son père était décédé récemment... tout est question de contenant, une maladie, un traitement, ou de contenu, un deuil, une crise.

L'important est de savoir comment l'on restitue le pouvoir, le contrôle, la compétence au patient. Pour revenir à notre exemple, finalement que proposer à ce jeune homme-là où il en est? Comment lui redonner un sentiment de confiance en ses moyens? Cela passe probablement par la mobilisation de ses proches, de ses pairs, et pas forcément en le mettant uniquement en établissements de sevrage ou en foyer, ou en le maintenant dans une dépendance. Il s'agit de valoriser au maximum ses compétences.

Et de se rappeler le titre d'un ouvrage récent du philosophe Peter Sloterdijk, intitulé: «Tu dois changer ta vie!» Cela revient entre autres à prendre en compte la notion de «Recovery», c'est-à-dire à mettre l'accent sur les possibilités de rétablissement en offrant le soutien nécessaire à construire ou à reconstruire un projet de vie crédible quel que soit, si l'on peut dire, la quantité de pathologie.

Le but n'est ainsi pas tant d'aller au fond d'une problématique, d'ouvrir et de mettre tout en chantier, mais de cibler l'élément qui permettrait de faire redémarrer la machine, de faire en sorte que l'intégration sociale puisse se refaire tout en développant une relation de qualité ou de confiance avec la personne concernée. Cette dernière pourra peut-être reprendre en main son destin, se fixer des objectifs et apprendre à exprimer ses besoins pour avancer. Cette approche, également utilisée en médecine somatique et en cancérologie, nécessite bien sûr des ressources personnelles. C'est toute la question du gradient de la crise et du gradient de la fragilité. C'est tout aussi grave de mettre la barre trop haute que de la mettre trop bas par lassitude. Si ce jeune homme a vraiment des ressources ou des capacités cognitives limitées, il faut sortir des présupposés, faire un bilan objectif et adapter le projet de vie en conséquence.

## ***Apports de la neurologie***

Dans ce contexte, les neurosciences sont intéressantes parce qu'elles permettent de confirmer certains modèles développés théoriquement ou cliniquement, comme celui de la connectivité cérébrale. D'une certaine manière, cela montre aussi les conditions du rétablissement. Aujourd'hui, ces sciences ne se limitent plus seulement aux dysfonctionnements neurochimiques. Les progrès faits récemment montrent que l'on est plus ou moins intégré dans sa tête, plus ou

moins coordonné ou «interconnecté» et apte à rebondir. Grâce à la plasticité neuronale, le cerveau et l'être humain s'adaptent en permanence tout au long de l'existence. Le cerveau est tout le temps en écho. On essaie de se coadapter les uns aux autres et une rencontre change à chaque fois les choses. On ne ressort pas le même après un passage à l'hôpital, une Passion de Bach ou après un déjeuner entre amis. Dans une perspective globale, cette approche est vraiment intéressante, elle relie du biologique au développement du sujet que cela concerne: qui est-il? Quelles sont ses intentions? Qu'essaie-t-il de nous dire? Comment son cerveau s'est-il organisé pour y répondre? Même dans les cas de démence, dont on a tendance à faire une affaire purement organique et génétique, quelque chose de l'ordre de la personnalité, et qu'on peut valoriser, subsiste dans le contenu confus livré par la personne. Et puis toute l'approche contextuelle, celle des réseaux, des milieux donnent des pistes très utiles pour faire un travail de reconstruction du lien social.

Ces recherches en neurosciences coïncident avec la représentation actuelle de l'autonomie de la personne. Idéalement, plus on est flexible, plus on va coordonner son cerveau et faire des associations, et plus on se débrouillera dans la vie.

## ***Fragilité et solidarité***

Dans cette optique, qui met en avant la responsabilité individuelle, la souffrance

mentale est associée à un échec dans l'autonomisation et le contrôle de soi. Des associations comme le Graap démontrent le contraire: une expérience sociale riche, pleine de vie, lorsqu'elle est partagée, lorsqu'elle suscite de la solidarité peut aider la personne en souffrance à redonner du sens à sa vie, à retrouver un élément moteur. Il s'agit là de deux apports qu'il faut intégrer. Il serait en effet mal venu de ne pas utiliser les dernières retombées de la science, sans pour autant en faire la panacée. Comprendre la personne, créer de la solidarité est vital, mais cela va de pair avec la poursuite de l'explication du monde selon la recherche. Ces deux pôles ont chacun leurs avantages et leurs limites, d'où le besoin de les coordonner et de les conjurer.

Alain Ehrenberg, le grand sociologue français de la psychiatrie contemporaine, affirme que si la thérapie comportementale a pris aujourd'hui une telle importance, c'est pour tenter de remédier à certains déficits cognitifs qui empêcheraient le sujet d'occuper pleinement sa place au sein de la société (empowerment). Le but? «Normer» l'ensemble des citoyens et en faire des êtres performants. Pour ma part, je crois que, dans la solidarité, il y a aussi parfois un travail de valorisation de la faiblesse à faire. Il y a quelque chose de noble, de très riche à retrouver dans la relation à l'autre qui n'est pas aussi performant que la société l'exigerait, de l'ordre du compassionnel, de l'accueil. C'est cela qui permet de réécrire des histoires.

Pour ce qui concerne la crise et ses conséquences, il est préférable de parler d'étayage plutôt que de guérison. La psychiatrie ne parviendra en effet pas toujours à neutraliser un trouble, à rendre à la personne toutes ses capacités. Le psycho-éducatif a aussi ses limites. Il demeure chez tout malade, une luciole ou une lanterne magique absolument fabuleuse, qui lui permettra de conserver toujours une distance avec sa pathologie. Au cours de ma carrière en hôpital psychiatrique, on me présentait certains des patients les plus terrifiants. On me disait: «Vous voyez tout ce qu'il fait! Il nous provoque, et, en plus, il a envie de mourir. Est-ce qu'éthiquement, on ne devrait pas le laisser aller à ses désirs?» Parfois je répondais: «Mais vous avez vu avec quel génie cette personne attire votre attention dans ce comportement unique, d'une créativité destructrice peut-être abominable, mais unique dans sa créativité pour appeler à l'aide!» En fait, ce patient savait qu'il jouait quelque chose, même s'il était prisonnier de ce quelque chose. L'important? Réussir à déplier cette énigme, même laborieusement, pour rétablir du lien social.

Et pour revenir à ce jeune homme qui s'alcoolise massivement: est-ce de sevrage en sevrage qu'il parviendra à sortir de ses crises à répétition? Ou serait-ce en donnant du sens à son alcoolisation? Souvent, cela ne marchera pas bien sûr, mais il faut envers et contre tout se dire qu'il restera une personne avec un projet, même si ce dernier reste suspendu ou inaccessible.

## *Jouer avec la crise*

C'est le philosophe Wittgenstein, repris par Pierre-Henri Castel, directeur de recherche au CNRS, Santé mentale et Société, qui dit en gros que le trouble psychique d'une personne va dépendre de la manière dont elle se l'approprie, à l'usage qu'elle en fait. Le trouble est produit à l'intérieur des usages qu'on en a, à l'intérieur d'une relation sociale, à une époque donnée, dans une culture donnée et il est nommé d'une certaine manière à un certain moment. Il faut garder à l'esprit que l'on est dans une approche subtile et approximative de la réalité, que jamais rien n'est figé. Et je suis convaincu que le Graap et Madame Pont ont contribué depuis plus de 25 ans à enrichir en permanence cette ouverture.



# Témoignage

**Stéphane Caquereau**  
Artisan de l'art



**M**on nom est Stéphane Caquereau. J'exerce le métier d'«architecte d'idées désagrégées de la vie». Et je suis ce qu'on appelle un «malade psychique». Mais, aujourd'hui, je veux mettre en évidence que je me relève assez rapidement des crises que je traverse. Je me considère maintenant plus comme un être sensible que malade.

Je vais à présent vous parler de moi, même si je trouve cela un peu gênant, surtout devant un public de marque comme vous. Mon but en venant ici est de vous montrer par où je suis passé, afin que vous compreniez mieux l'homme que je suis devenu aujourd'hui.

J'ai débuté ma vie avec un retard de langage, qui a été très perturbant pendant de très longues années. Dès mon plus jeune âge, j'ai commencé à chanter avant de parler. Et vu mes problèmes verbaux, j'ai décidé de suivre des cours de piano pour m'exprimer dans cet art où les mots ne sont pas nécessaires. Vers l'âge de 13 ans, ma professeuse de piano se demandait pourtant si je souffrais

d'un retard mental. Moi, je me suis tout simplement dit: «Non! J'ai un mental à retardement». Et c'est vrai que, ironie du sort, bien qu'étant toujours en train de rêver, de taquiner – et en tout cas pas de travailler –, je figurais parmi les premiers de la classe. Drôle de paradoxe alors qu'on me considérait comme «retardé». Cette facilité à l'école impliquait forcément des relations très difficiles avec mes camarades et avec les membres de ma famille.

J'ai été hospitalisé à plusieurs reprises. La deuxième hospitalisation m'a particulièrement marqué. Elle était juste infernale, et c'est un euphémisme. Cela s'est passé en 1999, à l'hôpital de Malévoz, en Valais. Je suis arrivé dans ces lieux que je qualifierais de «sordides» avec un esprit complètement explosé, éclaté, et dysphorique. «Dysphorique», c'est quand on n'est pas à l'aise, quand on «pète un câble». Et vu mes abus de joints, d'alcool, de «benzo» et d'anti-dépresseurs tricycliques que j'ai consommés sur une longue durée, les psychiatres ne savaient pas si mon état était dû aux substances ingurgitées ou à

la maladie. Ils m'ont alors accordé, sympathiquement, deux semaines de fenêtre thérapeutique. Et moi, je me suis dit: «Super! C'est la liberté!» Et non, sans aucun traitement, ce fut juste l'enfer.

Je souffrais tellement que j'ai dû leur faire croire que j'entendais des voix. Et là, ils m'ont instauré un antipsychotique, qu'on appelle «Haldol», souvent prescrit lors de crises aiguës. En fait, je me sentais apaisé, mais c'était juste en surface. Je me sentais comme un légume, enfermé dans une forme de mutisme ou d'autisme.

Et, un jour, ma mère est venue me voir. Alors qu'on se promenait dans le parc, tout à coup, j'ai ressenti des effets secondaires assez puissants: raideurs musculaires au niveau de la mâchoire, langue qui sortait, yeux qui partaient en haut. Un copain a dit à ma mère de ne pas s'inquiéter, qu'il s'agissait d'une crise d'épilepsie. Arrivée au pavillon, ma mère, inquiète, a demandé: «Mais vous avez fait quoi à mon fils?» A ce moment, les infirmiers m'ont fait une piqûre. Cela m'a tout de suite détendu, et je ne saurais jamais ce qu'ils ont mis dans cette seringue. Ils ont même eu le culot de me diagnostiquer une «schizophrénie désorganisée».

À la sortie de l'hôpital, j'étais toujours sous «Haldol», et je passais toute la journée «scotché» au lit. Je me levais juste pour fumer, manger un peu, rire un peu sur l'absurdité de la vie et cela s'arrêtait là. Le seul espoir pour moi était de penser que je pouvais mettre fin à mes jours

à tout instant. C'était une sorte d'exutoire face à ce calvaire que je vivais constamment. Par contre, au moment où j'ai décidé d'enlever cette chimie «lobotomisant», j'ai pu enfin retrouver toute ma sensibilité au point où je suis même entré en phase maniaque.

L'année 2000 a été pour moi une année «phare». Après avoir essayé une «flopée» de neuroleptiques, j'ai enfin pu trouver un bon médicament: le Zyprexa. Dans la même année, j'ai aussi intégré un foyer, qui m'a aidé pendant un laps de temps à me structurer. Et bien sûr, par la suite, les éducateurs, un peu trop encourageants parfois, me proposaient d'autres foyers moins stricts, le but étant finalement d'envisager un appartement protégé. Et moi, cela m'a encore terriblement angoissé. J'ai donc tout fait pour me faire mettre dehors, ce que j'ai réussi. En réalité, j'ai mis tout le réseau en échec. Les éducateurs m'ont même dit que jamais je n'arriverai à m'en sortir seul. Et là, ce fut à nouveau la crise. Cet épisode, je crois, m'a cependant donné l'envie et l'énergie suffisantes de m'en sortir seul.

Au milieu de toutes ces péripéties, j'ai rencontré Valentine. Une femme exceptionnelle qui m'a donné beaucoup d'amour et de tendresse. J'ai pu découvrir en elle une personne atypique, anticonformiste, douce, compréhensive, et j'en passe. Cela m'a surtout aidé à me décentrer de moi-même. En effet, lorsque l'on souffre de maladie psychique, tout tourne autour de son univers. Bien souvent, la maladie occupe

une place importante dans notre esprit avec le risque de s'y complaire. Et je pense qu'il n'est jamais confortable de sortir de ce statut de malade et de pouvoir voler, tel un papillon voulant découvrir le monde qui l'entoure. Aujourd'hui, j'ai encore de la colère quand j'entends mes amis du Valais – encore en foyer – qui aimeraient manœuvrer leur vie avec un peu plus de dignité mais qui ne peuvent le faire.

Après ces crises et ces moments difficiles, j'ai pu m'impliquer dans des situations qui me tenaient à cœur. Par exemple, Lucien, mon ex-beau-frère, vivait en foyer et me parlait de son désir d'obtenir un appartement sur Sion. Demande à laquelle les éducateurs répondaient: «Vous savez, il faut encore attendre deux ans... Vous n'êtes pas encore prêt.» Et moi d'encourager Lucien: «Ce n'est pas possible! On ne va pas te laisser comme ça.» On a donc exigé la mise en place d'un réseau, avec l'aide aussi du frère de Lucien, et tapé un peu le poing sur la table. Moi-même, j'étais alors très en colère. Si bien qu'on m'a demandé de sortir. Au moment où je quittais la pièce, le psychiatre a dit: «Monsieur Caquereau, vous restez!» Bizarre. Deux mois plus tard, Lucien est sorti, suite à une décision prise d'un commun accord le jour même.

Par la suite, il y a eu un divorce. J'ai vécu un gros chagrin d'amour, avec des turbulences émotionnelles. Pourtant, dans mon malheur, je me considère comme quelqu'un de très chanceux. Je possède en effet une grande aptitude à rebondir

après une crise. Je tiens à préciser cela: pour moi, il y a une grande différence entre la résilience et l'art de rebondir. La résilience est à la mode, mais pour moi cela ne veut rien dire. La résilience, c'est quelqu'un qui fait résistance et qui n'accepte que les côtés positifs de la vie. Tandis que la personne qui veut tomber, enfin, qui n'a pas le choix, mais qui prend le plaisir de tomber, elle rebondira beaucoup plus rapidement. Pourquoi? Parce que cette personne-ci ne reniera aucune de ses émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Elle les vivra en toute entièreté.

Durant ma maladie, j'ai bénéficié de trois armes: les arts, les larmes, et l'humour. Surtout l'humour. Les arts m'ont permis d'exprimer tous mes états d'âme, même les plus marginaux. Les larmes étaient là pour me faire baisser l'anxiété. Moi, artiste? Pas du tout. Je me considère plutôt comme un artisan de l'art. Face à la souffrance, on joue parfois la tragédie. Et j'étais souvent l'acteur de ce mal-être. Avec l'humour, j'ai pris de la distance avec ma souffrance, et j'en suis devenu le spectateur compréhensif. J'ai pu enfin trouver un point de référence.

Néanmoins, j'ai dû prendre le recul nécessaire pour accepter ma situation de vie, pour pouvoir en rire. Gainsbourg disait: «Prenez un homme, mettez-le à l'envers, secouez-le. Vous allez voir ses pièces de monnaie tomber, ses artifices.» En fait, j'adore bousculer les mentalités. Non par méchanceté, mais pour interpeller l'autre. En fait, c'est juste pour dire, que c'est au moment où l'on a tout

perdu, que l'on se rend compte de qui l'on est vraiment. Et je pense que ce qui importe chez un psychiatre, ce n'est pas de conformer ses patients, de leur enlever les tics et les tacs qui agacent la société, mais bien de leur enlever la souffrance.

Ce que je tire de mon expérience, c'est qu'il est nécessaire d'aller vers l'autre. Moi, ce qui m'intéresse chez l'être humain, ce n'est pas son statut social, ce qu'il fait dans la vie. Pour moi, tout cela est de l'ordre du décor. Ce qui m'intéresse, c'est ce qu'il fait après son boulot. C'est d'aller voir l'envers du décor, c'est d'aller gratter au fond pour découvrir son univers, ses travers, ses passions, ses vices. Plus j'avance dans ma vie, plus je lis des livres sur le développement personnel, et moins j'en sais sur ma façon d'agir. Jadis, nos ancêtres avaient le temps d'écouter leur cœur. Ils n'avaient pas accès à ce genre de littérature. Maintenant, on trouve même dans des librairies: «Changer sa vie en 7 jours.» Non, non, c'est de la connerie, ça!

En fait, le but en soi est de pouvoir se détacher de son ego, pour aller vers l'autre. On vit dans une société où les moyens de communication sont multiples, mais malheureusement virtuels. Et je trouve que l'être humain ne s'est jamais senti aussi seul et malheureux qu'à notre époque. Finalement, plus on ouvre son esprit, plus on en sait sur les autres et sur nous-mêmes.

Maintenant, j'aimerais vous présenter l'un des résultats de mon parcours et de

mes crises: «Jubilations rebutoires», ce livre que j'ai écrit. Je vais vous en lire trois passages, et puis deux autres, qui me parlent encore beaucoup aujourd'hui:

- Lorsque la haine parle, c'est juste de l'amour qui s'est tu.
- La chance habite les gens qui la taquinent.
- Le génie ne se mesure pas avec un double mètre, mais avec un élastique.

Dans le même genre, voici la citation d'un poète dont je ne me souviens plus du nom. Il disait: «Avec les pierres qu'on me lance, je construis mon futur piédestal.» Et souvent, on me disait, quand j'allais mieux, «oui, tu es un imbécile heureux.» Ce à quoi je réponds en citant Balzac: «L'optimiste est un imbécile heureux; le pessimiste, un imbécile triste.»

Et maintenant, j'aimerais juste faire un clin d'œil à mon ex-beau père qui souffre encore beaucoup aujourd'hui et vous lire un de ses poèmes:

*Faire confiance à la vie*

*Quelles que soient les clameurs,*

*Rentrez dans l'évidence au rythme de l'écoute,*

*Comme on rentrerait dans les questions des enfants*

*Et bien se souvenir que, depuis que le monde existe*

*Il ne s'est jamais trouvé deux philosophes, deux moralistes,*

*Psychiatres ou métaphysiciens,  
Assez instruits ou assez sages  
Et qui soient tombés d'accord sur  
une seule idée capitale...  
Alors, comment leur faire confiance?*

## **Livre**

➤ Stéphane Caquereau, «Jubilations rebutoires. Aphorismes», Le Cadratin, Vevey, 2011.

## **Le courage d'être soi... au-delà de la crise**

**Jacques Salomé**

Psychosociologue,  
diplômé en psychiatrie sociale,  
formateur et écrivain, France



**J**'ai 77 ans cette année, et j'ai effectivement traversé un certain nombre de crises: personnelles, professionnelles, sociales dans mon existence. J'ai eu l'occasion de changer de métiers à plusieurs reprises et parfois aussi de pays. Comme tout homme depuis l'aube de l'humanité, j'ai dû me confronter à ce qui caractérise une crise à savoir: envisager un changement, ce qui veut dire renoncer à certaines choses et envisager d'introduire dans sa vie de nouvelles choses!

C'est en comprenant que la vie n'est qu'une succession de naissances faites de rencontres et de séparations, que cela m'a permis de me mettre au monde à différentes reprises et donc de vivre des changements dans mes comportements et conduites, dans ma façon de communiquer et d'entrer en relation, de prendre des décisions ou d'assumer des engagements et des choix de vie.

Une existence se construit d'une part avec des rencontres parfois stimulantes

et d'autres fois éprouvantes et d'autre part des séparations nécessaires, choisies ou imposées qui vont se révéler parfois blessantes et «morcelantes» ou d'autres fois dynamisantes et structurantes, mais dont chacune sera une invitation à remettre en cause des habitudes, des modes de vie, des valeurs, des croyances et des modes de fonctionnements, envers soi-même et envers autrui.

La crise d'aujourd'hui tente de nous focaliser sur l'extérieur, avec le sentiment désespérant que nous n'avons pas de prise, pas de pouvoir sur ce qui se passe autour de nous dans le monde. Que l'effet de mondialisation a dilué notre influence, rend caduque l'influence que nous pourrions avoir sur nos vies. Notre bulle intime a éclaté à l'échelle de la planète et même d'une partie de l'univers. Nous nous sentons de plus en plus dépossédés d'un pouvoir de vie sur notre propre vie, avec le sentiment douloureux que c'est une partie de notre liberté d'être qui nous échappe.

Nous pouvons nous indigner, nous agiter, descendre dans la rue et cependant l'amertume reste, avec un sentiment d'impuissance, face à des forces qui nous échappent, sur lesquelles nous n'avons aucune maîtrise.

Un jour, à Strasbourg, alors que je sortais d'une conférence, j'ai vu une affiche à un arrêt de bus, une pensée de Darwin: «Ce ne sont pas les espèces les plus fortes ou les plus intelligentes qui survivent, mais celles qui ont su s'adapter.» Et cette phrase a changé une partie de ma vie. S'adapter ce n'est pas comme certains le pensent, courber la tête, faire le gros dos, laisser passer l'orage ou la crise. S'adapter, c'est prendre le risque de se rencontrer soi, de découvrir ses ressources, de développer tous ses sens pour faire face à une réalité mouvante, versatile et de plus en plus imprévisible. C'est continuer à rester debout, pour essayer de mieux vivre et non pas seulement de survivre.

Cela nous ramène à une notion peu connue et donc peu abordée en psychologie: «le courage d'être soi». Celui-ci ne se traduit ni par des actes héroïques ni par des faits d'armes visibles. Ce courage relève d'attitudes personnelles, intimes, à la fois discrètes et profondes, pour accéder au meilleur de soi, pour permettre de rencontrer ainsi le meilleur de l'autre.

La démarche que je propose autour du courage d'être soi repose sur quatre ancrages qu'il est possible d'intérioriser dans notre vie au quotidien, non seule-

ment pour faire face à l'imprévisible, mais pour permettre à chacun de mieux connaître ses vulnérabilités et aussi ses possibles.

## **1. S'aimer soi-même**

Cet ancrage ne doit pas se confondre avec un amour narcissique, du type: «Je suis le plus beau, le plus intelligent, le plus jeune, etc.» Il s'agit là d'un amour de bienveillance, de tolérance et de respect que nous pouvons avoir envers nous-mêmes. Apprendre à s'aimer n'est pas facile, notamment parce que la culture judéo-chrétienne qui nous environne nous a laissé croire ou pratiquement dicté qu'il faut aimer l'autre comme soi-même. Lorsqu'on constate les difficultés que nous avons à nous aimer, comment imaginer que l'on puisse réellement aimer les autres?

## **2. Apprendre à se respecter**

A l'âge de 9 ans, j'ai passé cinq années dans le plâtre, des chevilles jusqu'au cou. Un médecin, un brave homme extrêmement compétent m'a dit au moment d'enlever mon dernier plâtre: «Salomé, vous vous en sortez bien! Vous allez pouvoir vivre le reste de votre vie sur une chaise roulante!» Pour cet homme, il s'agissait là d'un message positif, puisque mes quatre camarades de chambre, eux, allaient rester grabataires et porter des corsets de cuir ou de métal toute leur vie.

Mais ce message, je l'ai reçu comme terrifiant pour moi. Vous le savez, ce qui est entendu à un bout de la relation (récepteur) ne correspond pas nécessairement à ce qui a été exprimé à l'autre bout de la relation (émetteur). J'étais catastrophé, j'ai eu envie de me suicider, car je venais de passer cinq ans couché dans le plâtre et je ne me voyais pas rester sur un fauteuil roulant pour le restant de mes jours.

Réapprendre à marcher m'a tout de même pris cinq ans. Si je m'étais laissé définir par le message de cet homme, pourtant bienveillant, je ne serais pas devant vous à vous parler du courage d'être soi. J'en ai tiré une leçon de vie, qui a guidé toute mon existence: ne plus jamais se laisser définir par autrui, essayer d'accéder à sa propre définition de soi-même.

### **3. Apprendre à se responsabiliser**

Je ne suis pas toujours, ou nécessairement, responsable de ce qui m'arrive, mais je suis toujours responsable de ce que j'en fais. C'est dès l'école maternelle qu'on devrait nous enseigner cette règle relationnelle centrale. Arrêter d'accuser l'autre, le monde entier ou Dieu, sortir de la plainte ou de la victimisation, évaluer les conséquences de ses actes et explorer les réponses que nous pouvons apporter à ce qui nous arrive, en tenant compte de nos ressources et de nos limites.

### **4. Avoir le courage d'être soi**

Etre soi exige de rester fidèle à soi-même. Je viens d'une génération où beaucoup de femmes restaient trente ou quarante ans dans une même relation conjugale, qui pourtant n'était ni bonne ni épanouissante pour elles. Ces femmes s'obligeaient à rester avec un partenaire qui pouvait boire ou être brutal, qui avait peut-être des relations tierces, qui les dévalorisait. S'obliger à rester dans de telles relations est le signe qu'elles n'étaient pas fidèles à elles-mêmes, qu'elles ne respectaient pas leur intimité. Nous savons aujourd'hui que ces femmes ont souvent payé un prix fort en terme de somatisation: quelque 60% des femmes de ma génération ont été opérées de la poitrine, du ventre ou de l'utérus. Je ne souhaite pas que mes filles vivent cela!

Etre fidèle à soi-même rejoint les trois ancrages précédents, à savoir apprendre à s'aimer, à se respecter et à se responsabiliser. Si, par exemple, la femme que j'aime me quitte, je peux souffrir, voire me désespérer ou même déprimer. Mais c'est de ma seule responsabilité de faire un travail sur moi et d'être (peut-être) accompagné par quelqu'un sur ce chemin. Ce sera à moi d'écouter quelle blessure archaïque, quelles situations inachevées de mon histoire, son départ a pu réveiller en moi. Est-ce de l'ordre de la trahison, de l'humiliation, du sentiment d'injustice, de l'impuissance ou de



la honte, de l'abandon, du rejet? Je viens de nommer là, les principales blessures archaïques que nous avons engrangées dans nos vies d'enfant et dont certaines sont toujours à fleur de peau et peuvent exploser brutalement. Si je ne prends pas le risque, d'un travail «d'archéologie personnelle», pour explorer mes zones d'ombre, cela risque de se traduire par des somatisations qui vont entraîner une déperdition d'énergie, une déstabilisation ou des angoisses répétitives, au-delà d'un mal-être, d'un mal à vivre.

## ***Conscientiser la relation***

Une relation est un lien qui a deux extrémités. Ce qui implique que chacun des protagonistes d'une relation est responsable de son bout. Je suis responsable de ce que je vais dire et l'autre est responsable de ce qu'il va entendre et de ce qu'il va en faire. Il peut ainsi prendre dans la relation ce qui est bon pour lui et ne pas prendre, ce qui n'est pas bon pour sa personne.

Le courage d'être soi consiste justement à mieux conscientiser le type de relation que nous proposons à notre entourage. Père d'un enfant, je dois m'interroger sur le mode de relation que je vais utiliser pour entrer en contact avec lui. Une leçon que ma fille m'a apprise après un conflit: elle boudait, moi aussi. Je suis allé l'embrasser dans sa chambre et je lui ai dit: «Tu sais, je t'aime.» Elle a eu cette parole extraordinaire: «Papa, arrête de m'escroquer avec tes sentiments, je sais

que tu m'aimes, mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit, papa. Mais de notre relation et de ta façon de te comporter avec moi. J'ai 13 ans et j'ai l'impression que tu te comportes comme si j'en avais cinq ou six. Tu déposes tes peurs sur moi et cela n'a rien à voir avec les sentiments que tu éprouves ou que j'éprouve pour toi.» Ce qui m'a fait mieux comprendre que dans toute relation, nous sommes toujours trois: l'autre, moi et la relation elle-même.

Vous n'avez pas besoin d'avoir un doctorat en psychologie pour comprendre qu'une relation, c'est un canal, une passerelle sur laquelle vont passer deux types de messages: des messages porteurs de positif (qu'il nous appartiendra d'accueillir et d'amplifier) et des messages chargés de négatif (qu'il nous appartiendra de refuser et de remettre chez l'autre). Supposons que Lise envoie un message positif à Fanny, par exemple en lui offrant des fleurs. Cela ne suffit pas. Encore faut-il que Fanny sache l'accueillir, car nous sommes souvent des handicapés du recevoir. Et je prétends que si nous savons recevoir un message positif, cela augmente notre «vivance» et notre énergie. Nous avons alors plus de confiance et d'estime de soi, de plaisir d'être. La source de l'amour de soi, c'est donc la capacité à accueillir, à accepter les messages positifs qui nous viennent de notre environnement. Et la réciprocité dans la relation est toujours possible.

Malheureusement, nous n'envoyons pas que des messages positifs. Si vous ne me

croyez pas et que vous vivez en famille, mettez un dimanche matin un magnétophone et éteignez-le le soir. En réécoutant cet enregistrement, vous allez être atterrés du nombre de messages toxiques que l'on peut s'envoyer, qui sortent de notre bouche sans que nous en soyons conscients.

A mon avis, leur accumulation en nous, est une des sources de la maladie. Si vous avez un truc avarié, un champignon par exemple, que fait votre corps? Il le recrache. Nous ne savons pas faire la même chose avec les milliers de messages toxiques que nous recevons au cours de notre vie. Chaque fois que nous en recevons un, cela blesse notre vitalité, notre vivance et consomme trop de notre énergie vitale. Nous perdons la confiance en nous, nous nourrissons des doutes. Et, au final, nous finissons dans le désamour de nous-mêmes et dans le déplaisir d'être.

Notre capacité à savoir «restituer» réellement ou symboliquement un message, un geste, un comportement toxique reçu est centrale pour parvenir à s'aimer. Il est important de l'apprendre aux enfants. Si tel était le cas, peut-être y aurait-il moins d'abus sexuels, moins d'incestes, moins de violence en général. Rappelons au passage qu'en France, une femme sur six a été l'objet d'une violence, d'une provocation, d'un abus sexuel. Comment changer ces comportements? Pour ma part, voici comment cela s'est passé:

Il y a une quarantaine d'années, en rentrant du travail, ma fille de 12 ans et

demi était vêtue comme jamais je ne l'avais vue auparavant. Elle s'apprêtait à se rendre à sa première «boum». Elle avait une coiffure de princesse égyptienne, portait le mascara et le rouge à lèvres de sa mère. Mais aussi une minijupe, très «mini». Et moi, en tant que père, au lieu de voir la splendeur de ma fille, je me suis focalisé sur cette minijupe et lui ai dit: «Tu n'as quand même pas l'intention de sortir comme cela? Tu ressembles à une putain!» Et de constater le paradoxe: «C'est une enfant pour laquelle je serais capable de me couper une main et, en même temps, je la traite de putain!» Cela s'est passé il y a quarante ans et j'ai toujours le billet dans un tiroir de mon bureau. Billet dans lequel elle me restituait, ce mot qui la blessait: «Papa, ce mot de putain, n'est pas bon pour moi. C'est ton regard à toi, c'est ton point de vue, je le laisse chez toi.» C'est la plus grande leçon de psychologie que j'aie reçue au cours de ma vie.

Apprenons donc à nos enfants à ne pas garder pour eux ce qu'ils reçoivent de négatif. Même chose pour les adultes. Répétons-le: chacun est responsable de son bout de la relation et a le devoir, face à un message toxique, de le restituer symboliquement à l'envoyeur. Cela permettra de libérer des énergies bloquées autour de situations toxiques. Souvent, ces dernières sont générées par l'entourage proche. Il faut donc un certain courage pour dire, par exemple: «Oui papa, quand tu as fait rire mes copines en m'humiliant sur mes kilos en trop, cela m'a fait mal et ce n'est pas bon pour moi. Papa, je te restitue, la violence que

j'ai reçue de toi, par ta moquerie!» Parfois, un petit coquillage, une petite pierre peuvent aider à marquer symboliquement ce renvoi à l'expéditeur. Ce qui n'enlève en rien l'importance des mots pour communiquer.

## **Les besoins relationnels**

Grandir en conscience nécessite aussi de reconnaître les besoins relationnels de chacun. Très brièvement, voici ce qu'ils incluent:

- Besoin de **mettre des mots sur son ressenti**. Il n'est pas aisé de dire ce que nous ressentons réellement et encore moins d'être entendu dans ce registre. Petit exemple: je marche dans la rue, je vois un petit enfant de trois ans qui tombe et crie: «Maman, maman j'ai mal!» Et j'entends la mère qui répond: «Mais non, mais non, ce n'est rien, mon chéri!» L'enfant comprend alors que ce qu'il ressent «n'est rien». Il ne se sent pas véritablement entendu face à ce qui lui arrive.
- Besoin d'**être reconnu** tel que je suis et non pas tel que les autres me voient ou voudraient que je sois.
- Besoin d'**être valorisé**, non pour ce que je fais, mais pour ce que je suis.
- Besoin de **conserver une part d'intimité**. Ce besoin peine aujourd'hui à être reconnu, tant on laisse le monde extérieur rentrer chez soi. 57% des cou-

ples ont ainsi la télévision dans leur chambre. Si vous observez les bureaux paysagers qui comptent parfois plus de trente employés dans une même pièce, vous remarquerez que chacun recrée une petite bulle d'intimité: la photo du mari, des enfants, une plante verte, un petit coquillage ramené des vacances, etc. Ce besoin d'intimité est également violé par le téléphone portable, puisque n'importe qui a désormais le droit de vous appeler n'importe quand, si... vous le laissez allumé!

- Besoin de **créer, d'influencer** mon environnement. Ce besoin nous permet de réaliser, d'introduire dans la réalité un certain nombre de nos aspirations.
- Besoin de **rêver** que demain sera meilleur qu'aujourd'hui, qu'après-demain sera meilleur que demain...

## **La vie, un cadeau**

La vie reçue par ses géniteurs mérite aussi qu'on s'en occupe, qu'on la conscientise. C'est ce que j'ai appris au cours de mon histoire particulière: ma mère avait 18 ans quand elle m'a conçu avec un garçon qui avait trois ans de moins qu'elle. Mon géniteur avait donc 15 ans! Il a très vite disparu de la vie de ma mère, la laissant seule. J'ai retrouvé cet homme, quand j'ai eu 50 ans. Lors de notre première rencontre, j'étais submergé par l'émotion. A la seconde, voici ce que j'ai pu lui dire: «Pierre (c'était son prénom), je ne vais pas passer le reste de ma vie à te reprocher d'avoir

quitté maman, de ne t'être jamais occupé de moi. Je voudrais te remercier.» A l'époque, j'avais déjà une petite pierre de couleur bleue, pour symboliser la VIE que j'avais reçu au moment de ma conception. En la lui montrant, je lui ai dit: «Je voudrais te remercier de m'avoir donné la VIE». Et cet homme a été très ému. Plus tard, juste avant de mourir, il m'a dit: «Tu ne peux pas savoir comment tes paroles m'ont touché, parce que je pensais recevoir des critiques, des accusations pour avoir quitté ta mère, pour ne pas t'avoir donné des signes de vie et toi, voilà que tu me remercies!» Après ma naissance, il a eu cinq autres enfants. C'était un homme fidèle. Il a en effet appelé son premier enfant «Jacques», mon prénom, ce qui montre bien que, même de manière invisible, il existe des fidélités.

Si vos parents sont vivants, je vous proposerais de trouver à votre tour une petite pierre, rare, pas forcément précieuse, qui symbolisera la vie qu'ils vous ont donnée. De leur dire, même si vous avez une mauvaise relation avec eux, même s'ils ne se sont pas beaucoup occupés de vous, même s'il y a eu des tensions, des conflits entre eux et vous: «Je voudrais vous remercier de m'avoir donné la VIE.» Parce que s'ils ne vous l'avaient pas donnée, vous ne seriez pas là. Le courage qu'il vous faudra pour le leur dire vous montrera la responsabilité que vous avez. Ce n'est plus eux aujourd'hui qui sont responsables de votre vie, mais vous-même à chaque instant de votre existence!

## ***Le désir derrière la peur***

Nous sommes des êtres avec des peurs innombrables, héritées de notre enfance ou qui viennent parfois de notre situation présente. Par exemple: j'ai peur d'être licencié, j'ai peur que ma femme me quitte, que mon fils touche à la drogue, qu'il tombe malade, qu'il n'obtienne pas son baccalauréat, etc.

Nous sommes habités par une foultitude de peurs et, trop souvent, nous en déposons quelques-unes... sur nos enfants. C'est un peu notre spécialité, en tant que parents, de déposer nos peurs et nos désirs sur ceux que nous aimons!

Je me souviendrai toujours de ce que m'avait dit Marine, une de mes filles, qui avait alors 13 ans: «Tu vois, papa, je pars au lycée tous les matins avec un cartable qui fait 6 kilos deux cent. Je l'ai pesé sur la balance de maman.» En me montrant un autre sac, qu'elle avait chargé de tas de choses pesantes, elle ajouta: «Et là, c'est toutes les peurs que tu déposes journallement sur moi: que je ne travaille pas assez, que je ne réussirai pas à l'école, que je ne passerai pas en classe supérieure, que j'ai des mauvaises fréquentations, que je devrais être plus vigilante... etc. Et tu vois, papa, ces deux sacs, ils sont tellement lourds, que j'ai une scoliose!» Elle a ajouté cette phrase terrible: «Papa, au lieu de déposer tes peurs sur moi, pourrais-tu t'en occuper, en prendre soin, je me sentirais plus légère, moins encombrée!»

Cette expérience a été pour moi le premier pas vers une croissance personnelle non seulement comme père, mais aussi comme mari, professionnel, homme! Et, beaucoup plus tard, j'ai découvert ceci: derrière toute peur, il y a un désir! Il vaut donc mieux exprimer son désir que de déposer sa peur!

Cela ne veut pas dire que vous devez imposer votre désir. Si mon fils doit passer le bac, peut-être que je pourrais lui donner un petit objet qui lui dise: «Voilà, je te montre mon désir que tu réussisses le bac! Je peux te prêter, pour la journée mon désir, tu me le rendras ce soir, quand tu rentreras.» C'est mon désir, mais le fait que je dépose celui-ci sur lui va l'aider beaucoup plus que si je dépose une peur sur lui.

Il y a un paradoxe: parce que nous avons peur de nos désirs, nous préférons nous réfugier derrière nos peurs: je n'y arriverai pas, j'ai peur de ne pas réussir, peur d'être rejeté, j'ai peur de ne plus être aimé... Il faut donc du courage pour oser reconnaître et faire de la place au désir qu'il y a en nous plutôt qu'à la peur.

## ***En conclusion***

En guise de conclusion, j'aimerais vous offrir ce petit texte:

«Osez être un bon compagnon pour vous-même, car vous êtes au cœur de toutes vos relations, ce qui ne veut pas dire que vous êtes au centre. Vous êtes donc responsable de l'estime, de l'amour

et du respect que vous pouvez vous porter. Vous êtes aussi responsable de l'amélioration possible de la qualité de vos relations. Ce qui ne veut pas dire que vous devez tout prendre sur vous, la totalité de cette responsabilité. Vous disposez de tous les moyens pour votre propre épanouissement. Ne comptez pas sur les autres pour prendre en charge vos besoins.

Alors donnez-vous la mission de les combler par vous-même, d'apaiser vos craintes, de protéger vos peurs. N'attendez pas d'autrui des réponses et des solutions. Interrogez-vous, affinez vos perceptions et restez sensible à vos ressentis. Acceptez ainsi de faire confiance à vos propres ressources et au miracle de l'imprévisible qui vous habite. Osez vous définir et marquez la différence quand l'autre tente de vous réduire ou de vous enfermer dans sa définition à lui.

Expérimentez en créant du réel au-delà des croyances que vous avez reçues ou des certitudes qui vous habitent. Vous ne produisez rien que vous ne puissiez résoudre. Prenez soin de vous journalièrement. Vous êtes unique et extraordinaire, même si parfois vous avez tendance à l'oublier. Vivez comme si vous étiez le seul garant de votre existence et acceptez aussi de vous relier aux autres chaque fois que cela vous paraît possible et acceptable pour vous. Voyez ceux qui vous entourent comme des êtres uniques ou mieux encore comme des cadeaux qui rendent le présent plus présent. "La pire des solitudes n'est pas d'être seul", disait ma grand-mère, c'est

d'être un compagnon épouvantable pour soi-même ou de s'ennuyer en sa propre compagnie.»

Alors, n'hésitez plus, soyez un bon compagnon pour vous et je crois que la vie vous le rendra.

## ***Livres ressources***

➤ Jacques Salomé, «Le courage d'être soi: une charte du mieux-être avec soi-même et avec autrui», Pocket, 2003 (1999).

➤ Jacques Salomé, «A qui ferais-je de la peine si j'étais moi-même? Comment renoncer à nos autosaboteurs?», Ed. de l'Homme, 2008.

➤ Jacques Salomé, «Petit cahier d'exercices pour apprendre à s'aimer, à aimer et pourquoi pas à être aimé(e)», Jouvence, 2012.

# La crise psychique, le rôle des médecins généralistes

**D**resse **Hedi Decrey Wick**  
Spécialiste en médecine interne,  
co-présidente de l'Association vaudoise  
des médecins de famille, Pully



**L**e médecin de famille fait face à toute une variété de situations. Le patient rencontré peut avoir été suivi depuis longtemps, mais être aussi un parfait inconnu. En tant que premier relais de santé, le généraliste est bien évidemment aussi confronté à l'urgence, notamment psychiatrique. Quel rôle peut-il jouer face à la crise psychique?

Une étude révèle qu'en Suisse, sur une année, deux tiers de la population suisse ont un contact avec un médecin. Et, la plupart du temps, il s'agit du médecin de famille. Ce dernier constitue donc une porte d'entrée extrêmement importante pour les soins. Bien souvent, les personnes souffrant d'une maladie psychique se rendent au départ chez leur médecin de famille en se plaignant de maux d'ordre physique. Il faut donc savoir écouter et creuser. Bien connaître le patient ne rend d'ailleurs pas plus facile la détection de ce type de pathologie. Les personnes suivies régulièrement pour des problèmes physiques, on le sait, sont souvent celles dont les troubles psychiques peuvent échapper à l'attention du professionnel.

## *Un agenda bien rempli*

Au cours d'une journée, le médecin généraliste doit faire face à un spectre très large de problèmes et de pathologies. Voici l'exemple d'une matinée type du mois de mars 2012.

A 8h arrive une première patiente. Je ne la connais pas et prévois une consultation d'environ trois quarts d'heure afin de faire connaissance, de retracer son histoire médicale et de comprendre sa situation familiale et sociale.

A 8h45, un patient régulier, âgé de 86 ans, se présente pour «régler son Sintrom (anticoagulant)». Un quart d'heure toutes les six semaines suffit, puisque je le connais bien.

Puis, je reçois une personne de 76 ans, pour qui j'ai réservé une demi-heure, car elle souffre de douleurs importantes liées à une arthrose sévère. Parfois, il faut l'envoyer chez un spécialiste de la douleur, et procéder à des radios. A cela

s'ajoutent aussi des problèmes cardiaques.

Les visites se suivent mais ne se ressemblent pas: une femme souffrant d'hypertension, une autre pour un contrôle de la thyroïde. Puis, un homme très âgé présentant une démence avec dépression, et qui est souvent victime de chutes.

A 11h arrive un dernier patient, traité pour un diabète et une insuffisance cardiaque. Non francophone, l'échange est plus difficile.

La fin de cette matinée est consacrée à la fois aux urgences, toujours possibles, mais aussi aux consultations téléphoniques. Jongler entre les deux demande une bonne dose d'organisation.

Seulement, durant cette matinée, tout ne s'est pas passé comme prévu...

## ***Situation de Mme R.***

La patiente de 9h30, que je connais depuis 2007, n'avait a priori besoin que d'un contrôle de routine lié à des problèmes de pression artérielle. Première surprise, elle arrive accompagnée de sa sœur. Ma patiente est d'accord que celle-ci assiste à la consultation; elle semble par ailleurs très perturbée. Voilà ce que j'apprends: revenue il y a peu de Chine, cette patiente qui n'avait jamais rencontré de problèmes psychiques a présenté sur place des troubles importants du sommeil. De retour, sa famille et surtout

sa sœur constatent qu'elle parle toute seule. «On a parfois l'impression qu'elle voit des choses qui n'existent pas», me déclare sa sœur. La patiente me confirme ce que j'identifie comme des hallucinations visuelles et auditives, avec un fond d'angoisse, une inquiétude et des problèmes de sommeil. En bref, une décompensation psychotique. Le diagnostic est posé. Mais que faire dans l'immédiat? Tout d'abord, je me suis demandée si cette personne était en grande souffrance, si elle avait des idées suicidaires, si elle représentait un danger pour elle-même ou pour autrui. Après examen, cela ne semblait pas être le cas. Elle disposait aussi de ressources et était bien entourée par sa famille. De mon côté, je ne partais pas prochainement en vacances et restais donc disponible.

Et pour la suite? Joindre par téléphone un psychiatre? Plus facile à dire qu'à faire. Envoyer ma patiente à l'Unité urgence et crise du CHUV ou prendre rendez-vous à la Consultation psychiatrique de Chauderon en lui expliquant que son problème nécessite l'intervention d'un psychiatre? Au risque qu'elle se sente complètement abandonnée?

Dans le cas présent, j'ai pris contact avec un psychiatre avec qui je travaille régulièrement. Elle a confirmé mon diagnostic et connaissant la bonne relation entretenue avec cette patiente, elle m'a conseillé de lui proposer des rendez-vous très rapprochés. Elle m'a suggéré aussi de lui prescrire un neuroleptique léger à prendre le soir, de lui donner un congé de travail et de mettre en place,



avec sa famille, un projet de suivi au jour le jour. Le concours de la sœur avait déjà été sollicité. La patiente la contacterait en cas de problème. Et, selon l'évolution, elle se verrait peut-être proposer, à un moment donné, un consilium avec un psychiatre pour affiner le diagnostic tout comme le traitement.

Voilà donc ce que j'appelle une situation idéale: la patiente reste suivie chez moi, mais je dispose de l'aide, si jamais, d'un collègue psychiatre et d'une famille sou-tenante, avec qui l'on peut travailler.

Ce jour-là, comme c'est souvent le cas, mon emploi du temps a donc été chamboulé. Ce qui devait être un simple contrôle de l'hypertension s'est transformé en gestion d'une décompensation psychotique.

La journée n'était pas pour autant terminée...

## ***Situation de Monsieur J.***

A 11h30, l'heure où je reçois en urgence, un patient de 28 ans se présente. Portugais, arrivé en Suisse depuis peu, ce jeune adulte a trouvé depuis huit mois un travail dans l'hôtellerie. Dès le départ, me raconte-t-il, son chef direct l'a pris en grippe, me dit-il en tremblant. Sur son lieu de travail, les critiques pleuvent et les humiliations se répètent sans fin. Ne maîtrisant pas parfaitement le français, il essaie de tenir le coup, ayant l'impression d'être en tort. Au fur et à mesure,

son travail est devenu synonyme d'angoisse. Il a la boule au ventre, dort mal et commence à «se faire des films». Son mal-être a pris de telles proportions que deux jours auparavant, il n'a juste plus eu la force d'aller à son travail. Extrêmement angoissé et triste, il redoute de perdre son travail, ce qui remettrait en question tous ses projets avec son amie, d'ailleurs enceinte de 4 mois. Sa vie s'effondrerait, dit-il, et plus rien ne vaudrait la peine d'être vécu.

Mon constat: conflit au travail, un état anxio-dépressif sévère avec idées suicidaires. Dans ce cas, l'entourage est très fragile: la famille est au Portugal, l'amie est bien présente, mais le patient tente à tout prix de la préserver et de ne pas trop la charger avec ses propres soucis. Dans une telle situation, il est clair pour moi qu'il ne suffit pas de lui faire un certificat d'arrêt de travail et de lui dire: «Au revoir, Monsieur!» Il ne semble pas qu'un contrat thérapeutique avec lui et des visites rapprochées puissent faire l'affaire. Ses idées suicidaires sont déjà bien élaborées et la question d'une hospitalisation d'office se pose.

Dans ce cas, j'ai finalement expliqué au patient mes préoccupations et négocié avec lui et son amie qui l'accompagnait qu'il se rendrait immédiatement à l'Unité urgence et crise du CHUV. Je lui ai remis une brève lettre à l'attention de l'infirmier qui l'accueillerait là-bas et ai aussi prévenu le CHUV par téléphone. Nous avons aussi convenu que lui ou son amie me téléphonerait le lendemain pour me dire comment cela s'était passé.

Voilà donc comment se déroule bien souvent la matinée du médecin de famille.

## ***Le généraliste face à la crise***

Le médecin de famille est donc souvent appelé à gérer des crises psychiques. C'est pourquoi il doit savoir:

- Identifier les premiers signes d'une décompensation psychotique.
- Evaluer le danger potentiel de la crise pour la personne elle-même, comme pour son entourage.
- Evaluer les ressources existantes autour de la personne, ce qui permettra d'élaborer un projet thérapeutique.
- Etre attentif à ses propres disponibilités en tant que médecin. En cas d'absence prolongée, il est essentiel d'orienter la personne vers un confrère ou de trouver une autre solution.
- Recourir au conseil d'un spécialiste, en l'occurrence d'un psychiatre.
- Gérer les appels des proches et les intégrer dans la démarche, ce qui requiert aussi d'avoir des directives claires de la part du patient. Celui-ci, lorsqu'il se sent mieux, doit pouvoir donner son accord sur la transmission d'informations à ses proches.

- Aborder avec les patients la question de la maladie psychique avant l'apparition d'une crise, lorsque l'on soupçonne que derrière une plainte physique se cache une problématique psychique. D'où l'importance de créer un climat de confiance, de manière à ce que la souffrance puisse trouver un lieu d'expression.

- Encourager les patients qui en ont besoin à suivre une psychothérapie. Dans l'après-crise, par exemple, si certaines problématiques se répètent, il est important d'amener le patient à trouver un psychothérapeute qui lui corresponde.

- Travailler en réseau, en incluant aussi bien les divers acteurs de la santé que les proches.

## ***Messages aux médecins de famille***

- Organiser son cabinet pour recevoir des personnes en crise.

- Donner des instructions précises à son personnel pour évaluer un appel téléphonique, une souffrance. Il faut parfois aussi accepter l'imprévu, quitte à bouleverser un peu son emploi du temps.

- Suivre une formation psychosociale. Personnellement, mes années passées en psychiatrie et en psychogériatrie m'ont aidé à gérer, avec les bons outils, toute sorte de situations complexes.

- Ne pas rester seul. Dans le cadre du programme Santé mentale, chaque secteur psychiatrique a mis en place un numéro d'appel à disposition des professionnels. 24 heures sur 24, un psychiatre ou une infirmière en psychiatrie répond aux demandes des médecins et leur fournit des conseils.
- Recevoir les proches et les inclure dans les processus de soins.

## ***Messages aux psychiatres***

- Faciliter l'accès aux soins pour de futurs patients. Il est parfois très difficile de tomber sur un répondeur, de raconter son histoire, d'attendre un appel en retour.
- Faciliter l'accès aux conseils téléphoniques pour le médecin de famille.
- Réserver des espaces-temps pour des consilium. Il peut s'agir simplement de voir un patient à une ou deux reprises, puis de donner votre avis au médecin de famille.
- Collaborer avec le médecin de famille et favoriser le travail de réseau.
- Participer à la formation des professionnels de première ligne, notamment, des médecins généralistes.

## ***Messages aux patients***

- Choisir un médecin de famille et ne pas hésiter à en changer si on ne se sent pas écouté ou si le courant ne passe pas.
- Evoquer avec votre médecin vos soucis, vos angoisses, votre tristesse. Le médecin est aussi là pour cela. Si vous souhaitez entreprendre une psychothérapie, peut-être pourra-t-il vous conseiller, vous donner de bonnes adresses.
- En cas d'absence du médecin, le numéro de la centrale téléphonique des médecins de garde 0848 133 133 répond aussi aux demandes concernant les troubles psychiques. Ce numéro rend plus facile l'accès aux soins. Si quelqu'un désire plutôt une écoute anonyme, il peut aussi appeler le 143. Le 144 est réservé aux urgences vitales.
- Anticiper, donner des directives à votre médecin relatives à l'information des proches si un jour on entrerait en crise

## ***Messages aux proches***

- Ne pas rester seul, mais chercher de l'aide. A noter que les proches peuvent aussi passer par le numéro de la centrale téléphonique de garde 0848 133 133 pour évoquer des situations de souffrance psychique avec un professionnel.

- Proposer à votre proche patient de l'accompagner chez le médecin.
- Informer votre proche patient si vous prenez contact avec son médecin ou son psychiatre. Favoriser la transparence dans les relations.
- Anticiper et discuter avec votre proche patient de l'attitude à adopter en cas de crise.

## ***Messages pour tous***

- En cas de crise psychique, appelez le 0848 133 133, la centrale téléphonique des médecins de garde. Des infirmières/infirmiers spécialement formés vous répondront et évalueront votre situation. S'il y a un risque vital, elles mobiliseront le 144 ou vous orienteront, au besoin, vers un médecin de garde ou une permanence. Elles peuvent aussi vous indiquer l'Unité urgence et crise du CHUV, si cela s'avère nécessaire, ou vous mettre directement en contact avec un professionnel spécialisé.

# Les proches dans la crise. Leur rôle?

**D<sup>r</sup> Marco Vannotti**

Psychiatre, psychothérapeute,  
CERFASY, Neuchâtel



Comment aborder la question du rôle de l'entourage lorsqu'une personne entre en crise? Le propos que je développerai ici s'inscrit dans une approche systémique et familiale. Cette orientation a l'avantage, pour moi, de considérer chaque être humain dans la complexité de ses rapports, non seulement avec lui-même, mais aussi avec son environnement, sa famille, la société.

La crise, à mon avis, ne doit pas être appréhendée comme un phénomène purement personnel, mais plutôt comme le produit d'un système complexe et évolutif, où l'environnement social a toute sa place. La famille – dont je traiterai plus spécifiquement ici – en constitue le paradigme par excellence. Elle est à la fois un réservoir de ressources extraordinaires, tout en étant le lieu de tous les dangers.

La famille forme un système complexe qui, bien qu'en apparence harmonieuse, est périodiquement traversée par des crises. Il peut s'agir tout simplement de l'entrée à la crèche du jeune enfant, de sa première rentrée scolaire. Ce sera aussi,

par exemple, la fin de la scolarité obligatoire pour les adolescents, l'entrée en apprentissage ou le début des études. Ou encore la perte d'emploi d'un des parents. Il s'agit à chaque fois, pour le groupe familial, de se réajuster, de se réactualiser, d'intégrer ce qui change et de trouver de nouveaux repères. Ce processus implique de vrais moments d'incertitude, de doute, de perplexité face au futur, de désarroi. Les liens affectifs ou d'attachement – souvent très puissants – s'en trouveront perturbés, ce qui créera des tensions, une insécurité existentielle. La cellule familiale doit alors se montrer capable de franchir certains obstacles, d'accepter le changement et de réinventer ses rapports. La crise cède alors la place à une période d'adaptation, puis de stabilité et d'équilibre, source d'un bien-être pour tous, en attendant le prochain soubresaut.

De manière générale, chaque crise sera porteuse de mutations et se soldera par le passage à un niveau de fonctionnement supérieur. Cependant, suivant les circonstances, l'état de crise peut se prolonger sans qu'un changement sem-

ble se dessiner à l'horizon. C'est le cas lorsque le deuil frappe une famille. Une relation disparaît et un changement doit être fait. Mais, impossible de l'anticiper, de savoir à l'avance à quoi il va aboutir. Pourtant, un saut vers l'inconnu doit se faire.

Ce pas vers l'inconnu me fait penser à l'histoire d'un patient de 21 ans, guéri d'un cancer grave et qui m'a raconté de manière poignante son combat contre la maladie:

*«Quand le diagnostic de leucémie a été posé, subitement, j'ai eu l'impression de me trouver devant un précipice profond. Plus loin, comme dans un canyon, je distinguais le bord opposé. Je pouvais sentir mes parents et les médecins me pousser dans le vide. Au dernier moment, j'ai distingué un fil de nylon qui rejoignait l'autre bord du canyon. Je me suis dit: "Si je m'avance dans le vide, ce fil ne me retiendra pas". Mais, inexorablement poussé, j'ai avancé en équilibre sur ce filin très menu. C'était impressionnant. Et, chose étonnante, à mesure que je progressais, le fil se transformait en une corde, puis en un câble d'acier et finalement en une passerelle. Enfin, après avoir pris des risques démesurés, craignant à tout instant de tomber, ignorant ce qui m'attendait, j'arrivais de l'autre côté, sur la berge de la guérison».*

En entendant ce récit, la sœur de l'ancien patient, âgée de 14 ans, a éclaté en

sanglots, tout en tenant des propos très émouvants:

*«Tout le monde n'avait d'yeux que pour toi! S'il est vrai que tu devais guérir moi, à l'école, j'avais mal. Je ne me sentais pas bien, personne ne s'occupait de moi, j'avais des problèmes avec mes camarades...»*

Cet exemple nous montre que la crise ne concerne pas uniquement l'individu, qu'elle a des conséquences sur le milieu familial, conjugal ou social. Ainsi, cette sœur, en silence, a aussi beaucoup souffert. On remarque aussi que les parents contribuent à mobiliser les ressources intérieures de leur fils malade. En tant que soignant, il est donc primordial de tenir compte de ce potentiel, mais également des besoins exprimés par cet entourage. L'urgence et la survie du patient occultent trop souvent le reste, il faut le reconnaître.

D'un autre point de vue, cet exemple a aussi le mérite de montrer que la crise, bien qu'éprouvante, n'est pas forcément négative. Elle peut être un passage obligé vers la mise en place d'un changement, vers un renouveau, par-delà le lot de souffrances et d'angoisses qu'elle suscite.

De manière générale, en situation de crise, deux stratégies s'offrent à nous: éviter ou contourner et affronter. Cela me rappelle cette phrase: «Quand on craint le changement, on a, et la crainte et le changement». A mon avis, il vaut donc mieux empoigner le problème à

bras le corps que de tourner autour et l'éviter. En gardant à l'esprit aussi que la crise est porteuse d'un nouvel élan vital.

Bien des fois cependant, les crises mineures ou les petits problèmes conjoncturels peinent à être résolus et dépassés. Des études montrent d'ailleurs que les conflits conjugaux reposent souvent à l'origine sur des désaccords bénins, du type: qui va sortir la poubelle? La petite crise de départ peut ainsi prendre de l'ampleur, au point qu'apparaissent de profonds symptômes et qu'un appel à l'aide soit lancé.

Mais le caractère tout à coup urgent de la situation ne doit pas être confondu avec la crise elle-même. L'urgence n'est que la partie émergée de l'iceberg, celle qui est visible. Et d'ailleurs, dans de multiples cas, une crise somatique est l'expression d'une crise psychique plus profonde. Des maux de dos, des migraines peuvent être les signes d'une confrontation à la finitude, à la menace de la mort, à une perte de sens. Si l'on veut réellement aider le patient, ce mal de vivre doit être pris en considération. Encore une fois, celui-ci ne concernera pas le seul protagoniste de la crise, mais l'ensemble de son entourage. Il est d'ailleurs intéressant de relever à ce propos qu'entre patients et proches, les motifs de la plainte divergent la plupart du temps.

Souvent, les proches demandent de l'aide lorsque le comportement du patient est jugé dérangeant ou anormal. Ce dernier, lorsque son malaise est profond, ressentira fréquemment le besoin

de confier ses symptômes à un organe extérieur, en choisissant par exemple d'être hospitalisé. Un peu comme s'il délèguait son pouvoir d'agir. Le personnel soignant doit être attentif à la complexité de ce qui se joue derrière les symptômes physiques ou psychiques, notamment au niveau du contexte familial ou social. Ne pas tenir compte de ce paramètre reviendrait à céder à une forme de maltraitance. Il faut percevoir notamment quelle demande réelle le patient et l'entourage expriment.

L'idée de pouvoir anticiper une crise psychique chez son proche et d'avoir les bons réflexes le moment venu est importante à mes yeux. Mais, que faire dans ce type de situation? Qui appeler?

Dans les services d'urgence, seuls 30% des personnes accueillies souffrent d'une vraie décompensation psychiatrique. Les 70% restants vivent une situation de crise, avec des symptômes psychiques, mais qui attestent plus de difficultés existentielles, d'une impasse dans les relations ou encore d'un sentiment de perte.

Face à la crise, il faut se demander non seulement en quoi celle-ci atteint l'individu, mais aussi chaque membre de la famille. Et de constater que les sources de souffrances sont différenciées. Si un enfant présente des difficultés à l'école, comme dans l'exemple plus haut, certains seront plus préoccupés par les résultats scolaires, alors que d'autres seront affligés par son manque d'amis.

Autre constat: lorsque l'on est frappé par une crise, nous avons la fâcheuse tendance à blâmer les autres, à les rendre responsables de la situation, au lieu de nous appuyer sur eux. «Si c'est l'autre, ce n'est donc pas moi et je ne suis qu'une pauvre victime», se dit-on. Cette attitude, très courante, nuit au lien d'attachement avec autrui et constitue une atteinte à la relation. Un cercle vicieux peut s'installer, ce qui ouvre la porte à une crise plus structurelle. L'un entre en crise, celle-ci se propage vers les autres pour être renvoyée à l'émetteur et ainsi de suite.

Dans un contexte de crise, il est vital de pouvoir échanger, d'entretenir malgré tout des liens de réciprocité. A ce propos, des études faites sur les grands primates montrent qu'eux-mêmes ont appris à cultiver et à exploiter l'échange et la solidarité. A ce titre, le cas des chimpanzés est intéressant. Leur organisation repose sur une forte hiérarchie: le mâle dominant est appuyé au baobab. Les autres chassent et récoltent pour lui. Le grand mâle a également sa cour constituée par les femelles. Les petits vont quant à eux l'épouiller, en signe d'obéissance. On observe cependant, tant en milieu naturel qu'en captivité, que s'il arrive la moindre chose à un jeune chimpanzé, qu'il tombe, qu'il se blesse ou simplement qu'il pleure, les membres de la communauté délaissent le chef et se regroupent autour du «faible», selon la même hiérarchie. Il devient le centre d'intérêt et ils s'occupent de lui. Un changement de rôle s'opère en faveur de celui qui est malade.

Par ailleurs, afin de survivre, les chimpanzés doivent se constituer en un groupe dont le nombre de membres ne doit pas être inférieur à cinquante unités. Si l'on écarte les plus démunis, le groupe s'amointrit et n'a plus la taille critique pour la survie. Au cours de millions d'années de sélection naturelle, des familles de chimpanzés ont appris à s'entraider. Maintenir la taille critique du groupe et garantir sa survie était suspendu à la solidarité et à l'assistance au plus faible.

Chez l'homme comme chez l'animal, on constate ainsi que dans les moments de crise, une modification importante de la hiérarchie intrafamiliale s'opère. De nouvelles responsabilités apparaissent en même temps que des postures pour «restaurer» et «soigner».

Dans ma pratique de psychologue, j'entends souvent les proches se poser certaines questions: «Comment savoir si j'en fais assez? Comment savoir si je fais juste?»

A mon sens, le plus important est de reconnaître ce que l'on fait comme un mérite. La méconnaissance des mérites produit de la souffrance. Dans l'exemple précédent, mettant en scène un jeune patient atteint du cancer, a-t-on seulement pris le temps de reconnaître ce que sa petite sœur avait fait, en se débrouillant toute seule, sans aide réelle? Remettre en marche la «machine à quittances» me paraît essentiel pour surmonter une crise.



On l'a vu, la crise se diffuse au sein des familles comme une tache d'huile. Il est donc indispensable que les soignants coopèrent avec l'entourage du patient. Ce d'autant plus que c'est dans la famille que se trouveront les ressources les plus puissantes, les plus solides pour trouver un nouvel équilibre. C'est aussi de cet ensemble qu'émergeront les clés qui permettront de comprendre les raisons de la crise, au-delà de ses symptômes et son caractère d'urgence. Et de se rappeler que la construction d'un individu ou son parcours de vie ne se font jamais seuls. Chaque histoire reflète l'histoire du groupe.

Dans ma pratique, je m'efforce d'intégrer les proches, de les soutenir, de favoriser une communication claire et d'encourager la reconnaissance réciproque. Mais cela ne fonctionne pas toujours bien. Il est difficile de faire comprendre que tous les membres d'une famille sont concernés lorsque l'un des leurs va mal. C'est, à mon avis, là que situe un des grands défis pour le futur.

# Dialogue de crise

## Alexia Stantzos

Professeure en soins infirmiers,  
Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV);

## Gilles Bangerter

Professeur en soins infirmiers,  
Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne;

## D<sup>r</sup> Bertrand Graz

Médecin spécialiste en santé publique,  
Antenna Technologies, Genève

**A**u moment de faire l'enseignement du «Dialogue de Crise» (DdC) s'est posé une vraie question pédagogique: faut-il recommander une forme d'apprentissage un peu vieillotte, à savoir le «J'apprends par cœur»? Comme pour une poésie, les apprenants sont alors censés mémoriser les phrases de ce dialogue (voir encadré) et les réciter au moment opportun. Inutile de préciser que cette idée a surpris et gêné les soignants qui se préparaient à utiliser cette nouvelle approche au cœur de la crise psychotique. Deux impératifs ont réglé en partie cette difficulté.

Le premier dépend directement de la nature de notre recherche exploratoire qui nécessite de pouvoir comparer des choses semblables et ainsi de s'en tenir à une même formulation des éléments du Dialogue de crise.

Le deuxième impératif, plus fondamental, comprend quatre phrases du dialogue qui sont le fruit d'un long tra-

vail clinique. Ce sont les multiples témoignages de patients, l'observation et les rencontres en milieu aigu qui nous ont permis de dégager des éléments généralisables.

Est-ce à dire que le caractère unique de l'expérience vécue peut se généraliser et se réduire à quelques phrases, une question et quelques commentaires? C'est ici que l'enseignement théorique doit prendre de l'ampleur. Les soignants et aujourd'hui les étudiants sont troublés par l'usage de ces phrases un peu stéréotypées. Il est fréquent qu'ils nous interpellent un peu décontenancés: «Il n'est pas possible de parler ainsi à un être humain». Pour eux, au départ, ces phrases sont difficiles aussi à prononcer, car ils ne comprennent pas bien ce qu'elles signifient au fond, confessent-ils. Cet aveu d'impuissance nous l'avons souvent entendu. Un peu d'impuissance ne fait pas de mal, d'ailleurs, cela rapproche les soignants de ces patients qui ne comprennent pas tellement ce qui

leur arrive. Ils sont néanmoins tous absolument sûrs qu'il est en train de se passer quelque chose! Et que s'ils étaient à la place de la personne en crise psychique, ils vivraient la même chose, pour une raison très simple: nous partageons la même condition humaine.

Ce dialogue ne propose rien d'autre que de renouer avec la possibilité de s'entendre, dans une tentative de partager avec des mots, l'expérience invraisemblable que les personnes sont en train de vivre: «Mes connaissances de soignant sont incomplètes, mais si je n'ai qu'une chose à vous dire, c'est qu'il est probable que l'expérience que vous vivez peut se décrire avec les phrases que j'ai choisies.»

Dans l'enseignement de la psychopathologie et des soins infirmiers au sein des hautes écoles de santé, l'évolution des connaissances psychiatriques nous invite à réviser régulièrement notre manière de parler de la maladie mentale. Il en a été de même avec le Dialogue de Crise. L'enseigner comme nous l'avons proposé aux équipes de soins pour l'expérimenter n'était pas envisageable avec des étudiants en formation initiale

n'ayant quasiment jamais pratiqué dans un service de psychiatrie. Pourtant, ma responsabilité d'enseignant m'a amené à chercher une manière abordable et sensible d'éclairer les particularités de la communication avec une personne au point d'apparition de l'expérience psychotique. Le Dialogue de Crise a cette particularité qu'il est indiqué dès les premiers instants de la crise. La connaissance précise des signes et symptômes de la maladie psychique est évidemment nécessaire pour les futurs soignants sortant de nos écoles, mais, assez spontanément, ceux-ci sont plutôt effrayés et déstabilisés par un sentiment d'impuissance face à un tableau clinique haut en couleur dont l'intensité des manifestations ne devrait s'atténuer qu'en attendant l'effet des neuroleptiques!

S'exprimer tout de suite, au début, sans attendre, prendre le risque d'y aller, les étudiants, futurs soignants, savent bien qu'ils ont choisi cette profession pour aller au contact. Aucun n'ignore qu'il est illusoire de rester là, à observer, les pieds au sec! Alors nous pensons ensemble, nous reprenons leurs expériences de stages. Nous les déplions.

## **Les quatre étapes de l'entretien**

- **«Etes-vous au centre du monde, en communication avec tout le monde?»**
- **«Ce que vous vivez est important.»**
- **«Nous sommes tous en lien les uns avec les autres.»**
- **«Souvenez-vous, ça n'a pas toujours été ainsi.»**

Ils savent bien que les hospitalisations d'urgence sont souvent non volontaires ou, lorsqu'elles le sont, les personnes concernées sont difficiles d'accès, souvent craintives, agitées ou au contraire prostrées. La possibilité de s'entretenir est en général assez réduite. S'il est possible de s'arrêter un instant avec le patient pour s'inquiéter de ce qui lui arrive, son discours est déroutant. Dans notre regard, il lit l'incompréhension, ou pire, la confirmation que ses mots le condamnent à la sentence diagnostic prête à portée: «Psychotique!». Sans dénier l'importance de poser un diagnostic, il est cruel de remarquer que le constat de psychose entraîne des comportements stéréotypés chez les soignants. Des comportements qui tendent à l'éloigner du patient. La psychose ne s'attrape pas, mais semble rendre le soignant particulièrement prompt à se tenir sur ses gardes et mettre le patient à l'écart, pour son bien. Une chose est sûre, la rupture qu'ils vivent, indescriptible pour eux, est incompréhensible pour nous.

Nos formations de soignants nous ont mis en garde de ne pas entrer dans le délire du patient. Mais entrer dans le vif du sujet est-ce autorisé? Ce qui les effraie n'est pas réel. Leur dire et le leur répéter devraient les rassurer! Et pourtant, à force de se défendre d'y aller voir, on n'y voit plus clair. De quelle réalité parle-t-on? Probablement de celle qui s'offre à nous comme une évidence, celle qui constitue notre monde commun. Dès lors, à considérer l'expérience psychotique comme la rupture de l'expérience

de ce monde commun, elle nous oblige à changer notre fusil d'épaule. Il n'est plus question de s'appuyer sur les évidences, celles qu'il n'est pas nécessaire d'évoquer au moment de rencontrer et d'échanger avec nos semblables bien portants. Ces attitudes inconscientes servent à régler et à donner du sens à ce que nous sommes en train de faire ensemble.

Il serait absurde de décrire ici et maintenant ce que je suis en train de faire pour que vous soyez capable de le saisir. Je suis présent, en face de vous, je vous parle et mes mots sont vecteurs de sens, ce sens vous le saisissez ou, à défaut, je me lancerais dans une explication utile. Mais, habituellement, tout cela va de soi. La rupture de l'expérience d'un monde commun entraîne précisément que plus rien ne va de soi. Ce monde commun est à considérer dans les deux sens du terme, celui du familier, du connu et dans celui du partage, de la mise en commun, ce que je mets de moi dans la rencontre avec mes semblables et ce que ceux-ci m'apportent en retour. Plus rien de cela ne semble fonctionner à l'émergence de la psychose ou plutôt plus rien ne semble fonctionner comme nous en avons l'habitude. Notre appréciation de soignants, de cliniciens, notre présence au monde nous sert à ce moment-là de mètre étalon. Notre travail avec le Dialogue de Crise nous a contraints à réétalonner nos possibilités de dialogue avec ceux qui momentanément ne partageaient plus nos évidences naturelles. Nous nous sommes aperçus alors, que si urgence il y avait, elle était de maintenir des liens interhumains, afin de permet-

tre au patient de rester dans un monde familier et partagé. La crise dans laquelle notre forme de dialogue intervient se situe au cœur d'une déstructuration de l'espace intersubjectif. Le choix des mots pour conserver du commun sur ce terrain vague nous a contraints à fouiller dans les récits de patients pour y dégager des redondances.

C'est tout cela que nous travaillons avec les étudiants. Ce que je viens de vous dire est à peu près la base de l'enseignement.

Alors que nous faisons le suivi de l'implantation de la méthode dans une nouvelle équipe, un étudiant, futur soignant qui n'avait pas suivi la formation, marque son scepticisme. Sur le ton du défi, il nous lance: «Il y a un jeune gars qui est arrivé hier soir, je vous quitte un instant et m'en vais lui poser votre question bizarre.» A son retour, il nous jette un peu triomphant que le patient n'a même pas levé un œil dans sa direction. Notre séance se termine et en sortant de la salle de réunion, le jeune homme nous attend et s'adresse à tous d'une voix interrogative: «Vous la posez à tout le monde cette question?» Lui, qui n'a pas encore adressé la parole à qui que ce soit, semble soudain concerné par ceux qui l'entourent. Cette phrase n'était donc, de toute évidence pas tombée dans l'oreille d'un sourd!

Les travaux d'Henri Grivois, notamment à propos des invariants de la psychose, nous ont permis d'entrevoir le phénomène que nous n'avons jamais vécu de

l'intérieur. Pour trouver des formules simples, utilisables par tous, et à tout moment, nous avons mis à l'épreuve quatre phrases volontairement réduites pour les rendre accessibles à tous. Elles n'ont pas la teneur d'un discours sur la psychose, comme une sorte d'explication, mais bien plus, la modeste ambition de dire ce qui se passe aussi distinctement que possible. Une manière de prendre position, d'entrer dans l'échange en connaissance de cause. Ces phrases se retrouvent sur une carte mémo que les soignants ont dans leur poche. Il n'est même pas nécessaire de les apprendre par cœur!

La manière parfois caricaturale qu'ont eue certains soignants au moment d'utiliser le Dialogue de Crise a fait frémir quelques vieux cliniciens. Cette infirmière n'a pas décollé les yeux de sa carte mémo. Cette autre a récité son texte comme une poésie de son enfance. Aussi curieux que cela paraisse, jamais la forme n'a prêté à sourire aux patients. La carte mémo, que certain on demandé à lire n'a, semble-t-il, gêné personne. Le fond de la question semblait d'emblée occuper toute leur attention. Dire vaut mieux que se taire!

Nous encourageons les patients à parler, mais de quoi? A quoi s'attendre et comment entendre une parole incompréhensible, considérée comme délirante?

Délirante, elle l'est souvent, bien sûr, mais son délire, aussi solide soit-il, n'est peut-être pas la seule possibilité de don-

ner du sens à ce qu'il est en train de vivre. Il faut tenter le coup. Il y a quelque chose dans ce qu'il vit que l'on ne s'explique pas bien, ça se passe entre lui et les autres, tous les autres. Tous sont concernés par sa présence, mais personne ne lui en parle. Lui dire que c'est une vraie expérience qu'il vit. Cette vérité, une vraie expérience est indiscutable dans sa réalité.

Notre métier de l'humain attache beaucoup d'importance à l'accueil, à l'empathie. Nos étudiants sont très vite sensibilisés à cet aspect de la rencontre.

L'accueil et l'empathie, c'est bien, mais cela ne suffit pas. Pour une véritable restauration du lien avec le patient, il est important de jouer cartes sur table, rapidement et intensément. Allons-y franchement avec ce que nous savons de cette rupture de l'expérience d'un monde commun, le patient encore et toujours nous aidera pour le reste. Comme nous l'a rappelé régulièrement Henri Grivois: «Notre tâche consiste à trouver des mots et des formules, ce que le patient échoue parfois à faire seul. "C'est exactement ça" disent alors certains patients s'ils nous sentent prêts à les entendre sans qu'ils aient eu, au préalable à paraître censés.» (Grivois 2011)

Le Dialogue de Crise se termine par cette phrase qui invite le patient à inscrire cette expérience dans son histoire: «Je ne pense pas qu'il va se passer quelque chose d'important, souvenez-vous, ça n'a pas toujours été ainsi.» Cette inscription dans le fil de sa vie est une invitation à se

souvenir d'une existence possible dans un monde commun, un monde intelligible et partageable. Le Dialogue de Crise n'empiète pas sur l'anamnèse habituelle pratiquée aux urgences de psychiatrie, mais s'intègre dans la prise en charge globale. Il diffère de ce que nous connaissons, surprend par ses propos et nous resitue fortement dans une relation «engagée» avec le patient.

Ce travail, vous l'aurez compris, ne remplace pas les soins habituels. L'objectif principal, qui vise une amélioration de l'alliance thérapeutique, s'est confirmé dans un site par une réduction de la durée d'hospitalisation et dans un autre par une satisfaction accrue des soignants dans leur travail relationnel avec ces patients. Les questionnaires d'évaluation de l'alliance thérapeutique ont eux aussi montré une tendance plus favorable chez les patients avec lesquels nous avons utilisé le Dialogue de Crise.

Si la rupture est parfois brutale, inattendue, imprévisible, l'expérience psychotique révèle les profondeurs des liens qui nous rendent humains. Ce sont ces liens qu'il ne faut rompre sous aucun prétexte au moment où ces personnes arrivent à l'hôpital. Cette façon de tenir parole est évidemment perfectible, elle n'est pas une recette miracle, mais la possibilité de mettre l'accent sur ce qui compte quand le temps presse. Puisse cette approche garantir de retrouver le passage vers un monde commun.

# Proches et professionnels dans l'intervention de crise: qui aide qui?

**Marc-Antoine Berthod**

Anthropologue, professeur à l'EESP,  
Lausanne



*«Rien ne sert de discourir, d'épiloguer des heures durant sur la souffrance. Il faut trouver des moyens pour l'éliminer et, si on ne peut pas, l'accepter, lui donner sens.»  
Alexandre Jollien (1999)*

Qui aide qui dans l'intervention de crise? A première vue, cette question peut paraître saugrenue. Elle mérite pourtant notre attention, car les positions d'aidants ou d'aidés ne sont pas toujours aussi claires que nous pouvons le penser. Dans les faits, il arrive que l'aide prodiguée par les professionnels soit complétée par la personne en crise elle-même ou par les membres de son entourage. L'action des professionnels peut ainsi être soutenue – ou, à l'inverse, critiquée, voire contestée – par des individus qui, a priori, ne sont pas forcément pensés comme détenant les clés pour résoudre la crise et ses conséquences.

Dans le cadre de ma présentation, je vais partir du principe selon lequel les positions des uns et des autres – celles d'aidants ou d'aidés – ne sont jamais fixées. Ces positions bougent et se trans-

forment; elles s'annulent parfois ou s'inversent en fonction des circonstances, des connaissances et des expériences des professionnels, des proches et des personnes en crise tout à la fois. Qu'impliquent ces changements de position? Comment sont-ils perçus et vécus? Comment affectent-ils la situation de crise et la nature de l'aide fournie? Pour apporter quelques éclairages sur ces questions, je vais tout d'abord associer la notion de crise à celle d'incertitude. J'évoquerai ensuite trois figures de l'aidant pour commenter l'injonction à se montrer fort dans l'incertitude et décrire dans quelle mesure cette injonction influence l'intervention de crise.

## **Crise et incertitude**

Bon nombre d'anthropologues ont étudié la façon dont tel ou tel groupe

culturel et social parvient à répondre aux crises existentielles vécues par ses membres. Susan Reynolds White (1997) a par exemple très bien montré comment certaines collectivités ougandaises gèrent ces situations de crises – avec ses dangers, ses urgences, ses malheurs et ses opportunités – liées à des conditions de vie très précaires. Il arrive ainsi fréquemment que les habitants de la région de Bunyole, dans l'est Ouganda, recourent à la sorcellerie pour faire face à une crise existentielle. Ce faisant, ces habitants cherchent moins à s'assurer de la réalité du procédé qu'à entrer dans un dispositif social bien établi afin d'entreprendre une action qui fait collectivement sens.

En l'occurrence, il s'agit d'obtenir un diagnostic de sorcellerie qui – indépendamment de son caractère véridique ou erroné – rend tout d'un coup possible une interprétation de la situation et permet d'orienter l'intervention. Autrement dit, le diagnostic fournit un point d'ancrage à la crise. Peu importe à ce stade de savoir où et dans quoi ce point vient s'ancrer; ce qui compte, c'est la *possibilité* d'ancrer la crise. Le diagnostic représente en outre un point de repère à partir duquel les positions d'aidants et d'aidés – ces derniers n'étant pas nécessairement la personne en crise elle-même – deviennent effectives; ces deux positions constituent un axe autour duquel la place des proches sera confirmée, modifiée ou redéfinie.

Concrètement, le sorcier – aussi appelé le devin – rencontre un proche de la per-

sonne malade ou frappée d'un malheur. Il tente de cerner le «problème» et d'identifier l'agent du trouble avant de proposer une solution. Il cherche à formaliser l'incertitude relative à la crise pour mieux la contrôler et, si possible, la réduire. A l'instar de ce que préconise Alexandre Jollien (1999) dans les propos que j'ai cités en préambule, il ne faut pas discourir sans fin sur la souffrance; il convient de lui donner un sens. *Grosso modo*, c'est ce que tente de faire le sorcier qui s'intéresse aux symptômes (quelle substance agit sur le psychique et le physique?) et aux potentiels facteurs extérieurs (quelle est la cause du mal ou qui l'a provoqué?), en rejetant généralement toute responsabilité individuelle de la personne concernée. Une fois le diagnostic posé, le sorcier recommande diverses actions qui inscrivent le vécu de la crise dans un ensemble de relations sociales préexistantes: régler une dette impayée; sacrifier un animal pour expier un vol; pardonner l'attitude d'un défunt; pratiquer des rituels bien définis qui obligent les différents membres d'une famille en conflit à trouver un accord ou à changer de point de vue.

Dans cet exemple, la notion d'*incertitude* est centrale. Elle caractérise l'intervalle temporel entre l'événement déclencheur de la crise et les premiers signes de sa résolution. Durant ce laps de temps flottant, le rôle du sorcier revêt une grande importance, car celui-ci va soudain émerger et interférer dans un système relationnel afin d'y intégrer le vécu trouble d'une personne: divers acteurs, parfois contre leur gré, sont dès lors mis



en relation les uns avec les autres par un jeu d'accusation ou de mobilisation d'autrui; l'attitude et les comportements des proches sont analysés, voire mis à l'épreuve par le sorcier qui, en la circonstance, aura été désigné comme celui qui détiendrait le pouvoir d'aider. En bref, le sorcier n'hésite pas à agir sur les proches de la personne en souffrance; il les prépare – peut-être malgré eux – à aider.

Je souhaite tirer deux enseignements de ces éléments introductifs. Le premier enseignement est qu'il peut s'avérer très utile de déplacer la focale sur la dimension sociale – représentée ici par le rôle des proches – pour comprendre et aider à résoudre une crise, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'une crise existentielle. La notion d'incertitude sert justement à effectuer ce déplacement de focale, dans la mesure où cette notion renvoie autant à la personne malade ou en souffrance qu'à la personne sollicitée pour prodiguer un soutien; elle réfère également aux membres de l'entourage qui ne savent pas toujours comment se comporter (l'aide concerne-t-elle la personne en souffrance? Un proche? Les deux à la fois?).

En d'autres termes, la notion d'incertitude empêche de porter le regard uniquement sur la personne «en crise» qui douterait de son propre état («suis-je toujours moi-même?») ou ne le comprendrait pas, ou plus («que m'arrive-t-il?»). Elle force à prendre en considération les remises en question des aidants («que se passe-t-il?»; «suis-

je bien placé pour aider?»), ces aidants pouvant être des proches ou des professionnels.

De plus, dans mon exemple de sorcellerie, il convient de faire remarquer que la notion d'incertitude ne s'applique pas qu'aux seuls individus: elle caractérise encore les *liens* qui unissent ces mêmes individus, ce qui nécessite une fine connaissance de l'histoire de leurs relations; ce qui nécessite une proximité avec les acteurs concernés, mais pas obligatoirement d'attachement affectif ou émotionnel. Ainsi l'établissement du diagnostic et l'intervention proposée par le sorcier ne dépendent pas que de la personne identifiée comme étant «en crise»; ils se nourrissent explicitement d'une appréciation – parfois partielle sinon partielle – des liens entre les individus, des conflits d'intérêts ou encore d'événements précis susceptibles de sous-tendre la crise, notamment psychique. Si ce point mériterait d'être discuté plus en détail, je veux simplement souligner ici que cette notion d'incertitude permet d'affirmer que la crise n'est pas qu'une affaire individuelle et personnelle; la crise est aussi – et peut-être avant tout – une affaire relationnelle.

Le deuxième enseignement que je souhaite tirer de cet exemple tient dans la nécessité de désigner un «aidant» pour formaliser l'incertitude liée à une infortune, un malheur ou une maladie. Or cette désignation n'est jamais évidente: qui est la personne la mieux placée pour aider? Faut-il se tourner vers un profes-

sionnel ou vers un proche, et si oui lequel? Plusieurs personnes vont-elles jouer ce rôle d'aidant? Indépendamment les unes des autres; en complémentarité ou en opposition? La personne qui aide est-elle assignée ou choisie par les acteurs concernés? Faut-il se tourner vers le sorcier ou vers le psychiatre?

Dans les faits, la désignation d'un aidant – voire de plusieurs aidants – peut-être plus ou moins formalisée, plus ou moins instituée (la façon dont nous percevons ou concevons la sorcellerie chez nous est certainement bien éloignée de celle des habitants de la région de Bunyole). Cette désignation dépend des institutions de prise en charge, des normes sociales qui prévalent et des registres d'interprétation que les uns et les autres sont à même de mobiliser pour faire face à une crise existentielle. Or quelle que soit la façon dont ces différents éléments se conjuguent, il en résulte une asymétrie des positions entre aidants et aidés qui n'est pas sans incidence sur le type d'aide pouvant être déployée lors d'une période de crise.

Que ce soit au cabinet médical, à l'hôpital, dans la maison d'un proche ou à la résidence du sorcier, cette asymétrie se traduit dans un rapport de force qui conditionne la façon dont l'aide peut être prodiguée. Face à l'incertitude, l'aidant – dès lors qu'il est désigné comme tel – est en effet soumis à l'injonction suivante: il doit se montrer capable de contrôler cette incertitude et la réduire pour gérer au mieux la crise. En un mot,

l'aidant doit être à la hauteur; il doit se montrer fort dans l'incertitude.

## ***Se montrer fort pour aider?***

Pour se montrer fort, l'aidant doit – a priori – assumer l'asymétrie contenue dans la sollicitation d'aide (ou l'intervention d'urgence, celle-ci pouvant être contrainte); il doit garder à l'esprit le fait que cette asymétrie peut resurgir à tout instant, même si cette asymétrie s'estompe parfois ou disparaît dans la relation, en particulier quand il est demandé à l'aidé – explicitement ou implicitement – de puiser dans ses propres ressources.

Face à cette injonction à «se montrer fort» dans l'incertitude, trois figures différentes de l'aidant méritent d'être commentées. Il y a tout d'abord celui qui s'engage dans une relation d'aide en tirant son autorité d'une initiation, de caractéristiques innées ou encore d'une obligation résultant d'une tradition populaire; ces éléments contribuent à désigner certaines catégories de personnes qui auront pour vocation de prendre en charge la souffrance d'autrui en endossant et assumant, parfois en recherchant, le rôle d'aidant. Nous pouvons ranger dans cette catégorie les sorciers énoncés auparavant ou, plus près de nous, les voyants et autres médiums qui sont sollicités pour toutes sortes de motifs liés à l'incertitude des personnes qui les consultent (Berthod, 2007). Nous pouvons encore mettre

dans cette catégorie les guérisseurs – ceux dont on dit qu'ils détiennent le «secret» – qui, comme l'a bien montré Charles Chalverat (2007), échafaudent souvent leur expertise de la relation d'aide à partir d'une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs propres expériences de la souffrance, voire du malheur.

La plupart du temps, ces aidants sont contraints de se montrer forts en affichant clairement l'asymétrie de leur savoir-faire et leur capacité à gérer la crise: ils disent savoir des choses que les aidés ne peuvent pas savoir; ils disent voir des choses que les aidés ne parviennent pas à voir. Mais qu'on ne se méprenne pas: afficher ce «pouvoir» ne signifie pas l'absence de doutes durant l'intervention, ni absence d'un travail sur les propres ressources de la personne aidée, bien au contraire. Tout se passe comme si cette figure de l'aidant devait assumer seule le diagnostic et le type d'aide qui en découle. Son intervention peut par contre s'adresser indifféremment à la personne en souffrance et au proche qui sollicite l'aide; pour mon propos, il me paraît intéressant de faire remarquer que cette première figure de l'aidant est en quelque sorte libre d'interpréter les relations sociales dans lesquelles évolue la personne en souffrance et d'impliquer les proches de cette personne.

Il y a ensuite l'aidant dont l'autorité repose sur une reconnaissance institutionnelle et scientifique; son savoir est communicable et collectivement par-

tagé, accessible (ce qui ne veut pas dire pour autant compréhensible pour chacun). Nous pouvons globalement évoquer ici l'ensemble des professionnels mobilisés dans une situation de crise. Ces aidants sont censés travailler rationnellement avec l'incertitude de la crise: ils peuvent contacter un collègue avant d'établir un diagnostic; ils peuvent partager leurs doutes quant à la réussite d'une intervention avec un proche ou la personne malade elle-même; ils peuvent expliquer la façon dont ils sont parvenus à leur diagnostic et décrire les effets attendus de l'intervention. Cela relève même du devoir d'informer. «Se montrer fort» repose donc moins ici sur un travail sur soi et la mobilisation de sa propre souffrance que sur des principes éthiques, déontologiques, juridiques ou encore scientifiques. «Se montrer fort» relève surtout de la capacité à se porter garant d'un dispositif institutionnel dans lequel les doutes font – d'office – partie du jeu (Stengers, 1995).

Dans ce deuxième cas de figure, entrer sur le registre de sa propre souffrance pour fonder la légitimité de l'aide prodiguée risquerait d'induire un soupçon d'incompétence et de constituer un aveu de faiblesse. Dit autrement, l'expérience de la souffrance d'un professionnel n'est pas aisément mobilisable, ni communicable, dans l'intervention de crise. Elle n'est du moins pas censée constituer le fondement de la légitimité d'un professionnel. L'aide fournie aura par ailleurs tendance à être entièrement dirigée vers une personne clairement désignée comme la personne à aider (la personne

«en crise»). Dans les faits, cette injonction à se montrer fort n'empêche évidemment pas des partages d'émotions et d'expériences; des appréciations personnelles et intuitives sur l'état physique ou psychique d'une personne; l'effacement ou le glissement de compétences professionnelles entre divers intervenants dans certaines circonstances, par exemple entre personnel soignant et policiers au moment de l'entrée d'un patient en milieu psychiatrique (Meyer, Skuza et Utz, 2011).

La troisième figure de l'aidant est celle du proche. Le profil de ce dernier est difficile à établir, car il ne correspond ni à celui d'un professionnel, ni à celui d'un aidant désigné par la collectivité ou à celui de l'aidant autoproclamé, à la suite d'une initiation par exemple. C'est peut-être pour cette raison d'ailleurs qu'il est souvent question d'«aidant naturel» pour évoquer le rôle des proches. Je dirais donc que les proches sont ceux qui restent pris par l'incertitude liée à une situation de crise; les proches aidants sont, quant à eux, ceux qui se sentent concernés par cette incertitude. Le cas échéant, les proches aidants seront rapidement perçus comme détenant un fort potentiel de ressources; il conviendra alors de mobiliser ces ressources, de les exploiter tout en prévenant leur possible épuisement. Dans cette perspective, les proches aidants sont ceux qui doivent à la fois être aidés et aider. C'est ainsi qu'ils deviennent des personnes qui aident à la fois l'aidant désigné et la personne «en crise».

Dans cette perspective, «se montrer fort» pour les proches aidants revient à accepter d'entrer dans le plan de l'aidant désigné ou, mieux, des aidants désignés – bien souvent les divers professionnels dans notre contexte socioculturel, en particulier dans la prise en charge de la maladie psychique – pour relier du mieux possible l'intervention de crise à la réalité de la personne en souffrance, à son quotidien, à son faisceau de relations sociales. Les proches aidants se montreraient forts dès lors qu'ils feraient preuve de leur bonne volonté à devenir ces intermédiaires engagés.

Une ambivalence caractérise néanmoins cette troisième figure de l'aidant à aider. Cette ambivalence pose quelques difficultés. Un professionnel peut en effet passer à côté de l'aide fournie par les proches ou tout simplement ne pas la comprendre, certaines ressources restant insoupçonnées par l'aidant désigné ou inconnues de lui. Dans «Eloge de la faiblesse» (1999) que j'ai déjà cité, Alexandre Jollien fournit divers exemples de ce type; il montre notamment à quel point les éducateurs ne parvenaient parfois pas à comprendre l'aide capitale fournie par ses camarades d'institution dans l'acceptation de la souffrance et dans la reconnaissance des gains effectués en terme d'autonomie face au handicap. Ses camarades apparaissaient dès lors comme les véritables «aidants» contrairement aux «professionnels».

De leur côté, les proches aidants peuvent contester les choix des professionnels: soit parce qu'ils n'acceptent pas le diag-

nostic et le type d'intervention choisi, soit parce qu'ils sont eux-mêmes très bien informés – ils peuvent également être des professionnels – ou croient l'être suffisamment. Ils peuvent dès lors chercher à remettre en cause l'expertise de l'aidant désigné et souhaiter agir de leur propre chef et entraver ainsi la collaboration. Cette troisième figure de l'aide peut encore rester dans l'incapacité d'agir; les proches peuvent être dans l'attente d'être aidés en permanence, tant par les professionnels que par la personne en crise elle-même, ce qui complique bien sûr la situation de crise. Les proches deviennent soit trop aidants, soit trop aidés; ils ne respecteraient plus l'injonction à se montrer assez forts conformément à ce qui est attendu d'eux.

## *Mutualiser l'aide*

La description de ces trois figures de l'aidant est certainement caricaturale. Elle permet néanmoins de mettre le doigt sur un point central de l'aide à prodiguer en situation de crise: le risque de rester prisonnier de cette injonction à se montrer fort correspondante à chacune de ces trois figures. Concrètement, cela se produit quand le sorcier croit littéralement à son pouvoir et s'enferme dans ses intuitions; quand il n'est plus capable de comprendre adéquatement la façon dont la souffrance d'une personne en crise s'inscrit dans une histoire relationnelle et sociale; quand il n'est plus apte à orienter les proches pris par l'incertitude et ne traite plus la crise comme une affaire relationnelle.

Cela se produit quand le professionnel se réfugie dans son expertise institutionnelle; quand il masque sa sensibilité par un savoir biomédical; quand il n'est plus capable d'entendre la souffrance d'autrui et communique en pur technicien de l'aide; quand il néglige l'ambivalence des proches et idéalise leur rôle; quand, sous couvert de sa légitimité institutionnelle ou du mandat qui lui est confié, il ne remet pas en question sa pratique et se refuse d'exploiter ses propres ressources, ses propres angoisses, ses propres expériences de la souffrance et de la crise pour améliorer – quand cela s'avère utile, pensons ici à l'archétype du «guérisseur-blessé» (Chalverat, 2007) – la qualité de sa présence dans l'intervention.

Cela se produit quand les proches cherchent constamment à faire bonne figure face à l'aidant désigné et culpabilisent quand ils estiment ne pas savoir se comporter adéquatement face à la personne en souffrance; quand les proches n'osent pas discuter et critiquer les modèles d'intervention proposés en faisant état de leur connaissance de l'histoire relationnelle de la personne en souffrance; quand les proches, parallèlement, ne parviennent pas à déléguer certaines tâches et ne se perçoivent pas comme des personnes devant aussi être aidées; quand les proches ne se montrent pas suffisamment ambivalents entre prodiguer de l'aide et la recevoir.

Ce risque de rester prisonnier de chacune de ces injonctions à se montrer fort – qui peut évidemment aussi servir à se

protéger – est d’autant plus grand que l’aide se donne dans l’urgence, face à une crise existentielle, lors d’un événement dramatique et incompréhensible qui plonge les différents acteurs dans l’incertitude. Comme l’a décrit l’anthropologue américain Paul Stoller (2004) dans un ouvrage courageux qui revisite ses théories scientifiques sur la sorcellerie qu’il a longuement étudiée au Niger à la lumière de sa propre expérience du cancer, la confrontation avec l’inattendu, le non voulu – en l’occurrence la maladie et je dirais plus globalement la crise – fait s’estomper les différences sociologiques entre aidants et aidés, voire les fait disparaître dans ce laps de temps marqué par l’incertitude. Les rôles d’aidant et d’aidé peuvent alors se brouiller, du moins momentanément. Ils peuvent aussi se superposer, se concurrencer, voire s’opposer, au risque de renforcer la nécessité de répondre trop strictement à l’exigence de se montrer fort conformément à la figure de l’aidant correspondante.

Sur la base de ces quelques réflexions, j’aimerais conclure en signalant toute l’importance de bien reconnaître l’injonction à se montrer fort qui va orienter l’action de chacun d’entre nous – professionnels, proches mais patients également (si je n’ai pas abordé cet aspect ici, je relèverais que ce dernier peut être pensé comme une quatrième figure de l’aidant) – en situation de crise. Si répondre à cette injonction est évidemment fondamental pour assurer une bonne qualité de l’aide, il convient également de savoir s’en détacher au moment

opportun pour améliorer cette même qualité de l’aide. A cet effet, il est utile de bien connaître les limites de son propre investissement dans l’intervention et de trouver les moyens de se former adéquatement en la matière.

Mais cela n’est pas suffisant. Il me paraît tout autant utile de reconnaître et de comprendre les injonctions auxquelles sont soumises les autres figures de l’aidant qui sont potentiellement mobilisées en situation de crise. Il s’agit par conséquent de bien apprécier le dispositif relationnel dans lequel est inscrite la personne en souffrance. Dans cette perspective, ce sont les proches qui ont un rôle déterminant à jouer pour que – au-delà de l’ambivalence qui les caractérise – leurs ressources soient mobilisées adéquatement et pour que l’aide à fournir soit judicieusement mutualisée. Cet aspect a d’ailleurs bien été mis en évidence par Madeleine Pont (2011) en ouverture de ce même congrès l’année dernière; celle-ci a insisté sur la nécessité de trouver les moyens d’inscrire les proches adéquatement dans le tissu relationnel de la personne malade. En un mot, de faire de la maladie mentale et plus globalement de la crise, une affaire collective. En ce sens, le Graap est certainement un peu sorcier!

## **Références**

➤ Marc-Antoine Berthod, «Doutes, croyances et divination. Une anthropologie de la divination et de la voyance», Antipodes, 2007.

- Charles Chalverat, «A propos de l'archétype guérisseur/blessé», in «Action et Pensée», Revue de l'institut international de psychanalyse et de psychothérapie Charles Baudouin, p. 47-56, 2007.
- Alexandre Jollien, «Eloge de la faiblesse», Cerf, 1999.
- Madeleine Pont, «Un proche, c'est quoi?», in «Maladies psychiques: et les proches dans tout ça? Oser en parler!», Actes du Congrès du Graap, 2011, p. 4-8.
- Michael Meyer, Krzysztof Skuza et Adrien Utz, «Surveiller et guérir. Pratiques de collaboration entre soignants et policiers dans l'hospitalisation psychiatrique», in «Tsantsa. Revue de la Société suisse d'ethnologie», 16, p. 38-49, 2011.
- Isabelle Stengers, «Le médecin et le charlatan», in «Médecins et sorciers», Tobie Nathan et Isabelle Stengers, La Découverte, p. 115-161, 1995.
- Paul Stoller, «Stranger in the village of the sick. A memoir of cancer, sorcery and healing », Beacon Press, 2004.
- Susan Reynolds Whyte, « Questioning misfortune. The pragmatics of uncertainty in Eastern Uganda », Cambridge University Press, 1997.

---

## Deuxième journée

---

### ***De la crise individuelle au problème de société***

**Anne-Claude Demierre**  
Conseillère d'Etat,  
directrice de la Santé  
et des affaires sociales, Fribourg



**J**e vous remercie de m'avoir invitée ici à Lausanne à l'occasion de ce congrès du Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique. Je vous adresse mes plus cordiales salutations. Je suis très heureuse de participer à ce congrès et d'y apporter mon regard de politicienne. Je salue bien évidemment toutes celles et tous ceux qui ont contribué à la mise sur pied de cet événement avec autant de spécialistes de haut niveau.

Il y a trois ans, à l'occasion d'une journée thématique organisée à Fribourg, j'évoquais dans mon introduction: la Suisse qui réussit, la Suisse du plein-emploi, la Suisse de la croissance. Malgré ces signaux favorables, une part significative de la population ne bénéficie pourtant pas de ce succès: des hommes et des femmes qui sont au chômage; des jeunes qui ne parviennent ni à intégrer les filières de formation ni à se construire un avenir professionnel; des

familles qui travaillent durement, mais qui n'arrivent pas à boucler leur budget à la fin du mois; enfin, toutes celles et tous ceux qui ne supportent plus les conditions de travail et la pression quotidienne et qui finissent dans les réseaux de soins spécialisés en santé mentale, à l'AI ou encore à l'aide sociale...

Aujourd'hui, les crises économiques et financières se succèdent à un rythme soutenu. Les indicateurs de l'économie réelle hésitent et les perspectives de nouvelles crises ne sont pas écartées. Si la Suisse s'en tire plutôt bien jusqu'ici, le franc fort malmène notre économie d'exportation et fait peser de lourdes menaces sur l'emploi. La récente suppression de 1250 postes chez Merck Serono à Genève est peut-être le signal de nouvelles difficultés à venir.

Si la croissance mondiale ralentit, la récession est déjà vécue concrètement dans plusieurs pays européens. Les



mécontentements sociaux ressentis chez nos voisins sont les témoignages bien réels de cette population qui souffre et qui craint pour son avenir. La crise des dettes publiques et la politique d'austérité menée au pas de charge ont précarisé encore davantage toute une partie de la population européenne. Et si les milliards publics n'ont pas manqué pour sauver la finance internationale et les grandes banques, notre filet social, lui, doit se renforcer avec ce qu'on lui accorde dans les budgets fédéraux et cantonaux. Et cela s'apparente de plus à en plus à résoudre la quadrature du cercle!

Les transferts de charges de la Confédération vers les cantons vont continuer à peser sur la marge budgétaire des collectivités cantonales et communales. Nous sommes en train d'assister à une réduction importante de la marge de manœuvre stratégique que nous détenons aujourd'hui pour lutter plus efficacement contre la maladie, l'exclusion, la pauvreté et les inégalités.

Le contexte actuel n'est donc pas favorable. La pression exercée sur les finances de la Confédération constitue une limite bien réelle au développement de politiques sociales et sanitaires efficaces. L'accès aux assurances sociales est toujours plus restrictif pour les plus précarisés, qui sortent des assurances maladie ou chômage parce que les critères d'admission se sont durcis ou parce que ceux de sortie se sont ramollis. Ces exclus terminent leur course

dans la voiture-balai de l'aide sociale, dans nos réseaux de soins ou à l'AI.

Prenons le domaine de l'assurance invalidité justement, qui peut nous fournir quelques indicateurs importants sur la santé de nos concitoyens. En 2010, l'assurance comptait 450'000 bénéficiaires de prestations (250'000 hommes et 200'000 femmes), dont 420'000 environ résidaient en Suisse. Près de la moitié des 420'000 allocataires AI résidant en Suisse bénéficient de mesures de réadaptation et l'autre moitié de rentes. Ainsi, l'AI accorde une rente à 29'000 personnes souffrant d'infirmités congénitales, à 21'000 personnes ayant eu un accident et à 191'000 personnes touchées dans leur santé.

Et la maladie psychique occupe malheureusement une place de choix dans ce décompte puisqu'aujourd'hui 101'000 personnes reçoivent une rente AI en raison d'une affection psychique, ce qui représente 42% des bénéficiaires de rentes. La hausse du nombre de bénéficiaires de rente pour raisons psychiques a été particulièrement marquée de 2001 à 2005: pour cette cause d'invalidité, l'augmentation annuelle moyenne a été de 7.6%, soit huit fois supérieures à celle du nombre de rentes allouées en raison d'une infirmité congénitale. Depuis 2005, le nombre de rentes octroyées pour raisons psychiques a encore augmenté de 1.4% par an, alors que le nombre de bénéficiaires de rente est en baisse pour la plupart des autres causes d'invalidité. Voilà pour le contexte général.

Nous devons toujours avoir à l'idée que ce sont bien des hommes et des femmes qui subissent de plein fouet ces tourments. Car la crise individuelle touche non seulement une personne, mais aussi sa famille et ses proches, qui se retrouvent alors dans un état de grande souffrance et en rupture d'équilibre dans leur vie habituelle.

La crise psychique – puisque c'est le thème de ce congrès – est à comprendre comme une période de crise durant laquelle l'individu se trouve démuni pour faire face à des symptômes psychiatriques ou à des changements importants ou encore pour répondre à des facteurs de stress générés par une vie en société qui devient de plus en plus complexe.

La victime ne trouvant momentanément plus les ressources pour aller de l'avant, la crise touche et implique souvent l'entourage. Le plus souvent, elle peut être résorbée par les ressources de l'individu et de sa famille. Mais elle peut aussi constituer un danger quand la crise finit par perturber gravement les systèmes de régulation du quotidien de l'individu et de sa famille.

Dans le domaine de la santé mentale, nous assistons à une augmentation des demandes de soins urgents ainsi qu'à des situations de plus en plus complexes socialement. Les facteurs de stress sont conséquents dans une société qui devient de plus en plus exigeante et ils engendrent de lourdes conséquences sur la santé de la population. Les ressources

des patientes et des patients ainsi que de leur famille sont parfois épuisées ou difficilement disponibles.

La crise individuelle devient alors un problème de société. Et l'Etat peut et doit s'engager pour offrir un filet social et sanitaire fort. Il le fait au travers des assurances sociales bien évidemment, mais une multitude de mesures très concrètes peuvent également être mises en œuvre pour anticiper les crises, les résorber ou du moins les limiter.

Nous devons offrir des réponses adaptées à chaque situation de crise individuelle. Il s'agit d'un important défi au vu de la complexité de ces situations et leur nature souvent singulière. C'est donc avec des prestations différenciées et coordonnées que l'Etat peut amener des réponses à des crises individuelles.

Concrètement, qu'est-ce que cela veut dire? A Fribourg, nous avons ainsi développé Le Plan d'action de promotion de la santé et de prévention 2011-2015. Il s'agit de mettre en œuvre une politique publique qui vise à avoir un impact durable dans la société. Il s'articule autour de trois parties principales: premièrement, la vision, qui expose la place souhaitée de la santé dans les projets de société, la notion de prise de conscience de l'interdépendance entre les mesures structurelles et leur impact sur la santé, ainsi que l'idée de réduction des disparités entre l'évidence scientifique et l'action publique; deuxièmement, le plan d'action proprement dit, pour les thèmes prioritaires du Plan cantonal, à savoir

l'alimentation saine et l'activité physique, la santé mentale ainsi que le contexte et les conditions-cadres; troisièmement, la mise en oeuvre du Plan d'action, qui met en évidence les ressources, existantes ou à réorienter, respectivement à mobiliser, pour obtenir les résultats souhaités.

La santé mentale telle que nous l'avons décrite dans la loi fribourgeoise sur l'organisation des soins en santé mentale s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

En matière de santé mentale en général, les constats et réflexions suivants ont été posés pour le canton de Fribourg: de nombreux tabous et fausses croyances relatifs à la santé mentale existent: manque d'acceptation sociale des maladies et des malades psychiques, stigmatisation ou encore croyance d'un caractère irréversible et non traitable de ces maladies. La population assimile souffrir d'atteintes à sa santé mentale à «être fou».

Les conséquences des atteintes psychiques pour la personne et la société ne sont pas bien connues. Les gens peuvent ressentir une souffrance, se sentir mal à l'aise, traverser une crise existentielle ou autre et ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir soutien et aide. Les connaissances des offres de prise en charge, qu'elles soient médicales ou non, sont lacunaires. En résumé, l'accès à cette prise en charge est encore difficile.

Notre plan d'action va donc mettre en oeuvre une série de mesures qui visent à modifier les conditions-cadres, pour créer une dynamique positive pour le développement de la santé mentale publique fribourgeoise. Il s'agit en particulier de travailler sur des conditions de travail et de formation, qui soient adaptées aux besoins, d'améliorer un environnement social, qui favorise la participation de tous (par exemple au travers d'activités communautaires ou d'animation pour la jeunesse), de faciliter l'accès aux soins, de vivifier le réseau social fonctionnel et aidant (par exemple grâce à des incitations pour la prise en charge de proches ou l'éducation familiale), de rendre la perception et l'attitude publiques face aux problèmes de santé mentale non stigmatisantes ou encore d'intervenir dans le cadre des procédures politiques et administratives au niveau cantonal et communal afin d'œuvrer pour le développement de droits sociaux égalitaires, d'une collectivité favorisant la non-violence et d'un environnement social harmonieux dans des domaines aussi larges que les politiques fiscale, sociale, migratoire, de la

jeunesse, de l'environnement ou encore de l'aménagement du territoire.

De manière plus concrète encore, le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) créé en 2008 a développé des prestations particulières pour renforcer l'accès aux soins pour la population. De manière générale, le RFSM fonde ses interventions sur une logique préventive, curative et réhabilitative. L'aménagement du contexte de vie pour diminuer les facteurs de risques, l'intensification de la liaison, le développement d'une psychiatrie plus proche de la communauté sont quelques-uns des principes moteurs du réseau.

Afin de proposer des réponses à la crise psychique individuelle, l'Etat a ainsi soutenu le développement de projets très concrets comme:

- La plate-forme d'indication et d'orientation au RFSM avec un numéro de téléphone accessible en tout temps qui facilite l'accès aux soins et aux ressources du réseau, qui offre une réponse rapide et qui va à l'essentiel en fixant les priorités que nécessite la prise en charge en urgence.
- Le guichet social, appelé Fribourg pour tous, un dispositif permettant à toute personne d'être informée et orientée vers le réseau d'aide et de soutien dont elle a besoin dans un dispositif complexe.
- L'Equipe mobile d'urgences psychosociales, qui soutient les personnes

exposées à des situations de crise à fort risque traumatique.

- Ou encore la Plate-forme Proches du RFSM qui accompagne les proches qui se retrouvent souvent en première ligne lors de situation de crise de leur parent malade.

Ce sont là quelques réponses apportées par l'Etat pour faire face à la crise individuelle.

Pour conclure, il est important de mettre en place un système différencié qui tienne compte de la multiplicité des situations de crise psychique et qui puisse agir de manière adéquate à chaque étape de la crise (avant, pendant et après). Nous devons favoriser une représentation de la crise non comme un état de danger, mais comme une phase de transition qui va permettre de valoriser les solidarités, les changements et aboutir à des opportunités. La structure sociale doit être ainsi perçue comme un facteur de rétablissement. Ce sont bien les structures sociales qui pourront mettre en place des mesures préventives, qui pourront favoriser les synergies entre les différents partenaires mobilisés durant la crise, qui pourront enfin travailler sur la capacité et la reconnaissance des capacités de la personne à mobiliser des leviers de changement constructifs pour dépasser la situation d'alerte.

Je vous remercie de votre attention.

# Face au désastre, les ressources personnelles

## Liliane Sticher Siu

Docteure en sciences, biologiste, AFAAP, Fribourg

## Barbara Zbinden

Coordinatrice de la CORAASP (Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique), Martigny

## Entretien témoignage

### Barbara Zbinden

Liliane, tu as préféré témoigner sous la forme d'un entretien. Pourquoi d'abord avoir choisi le mot «désastre» plutôt que crise? Désastre, c'est un monde qui s'écroule...

### Liliane Sticher Siu

Si j'ai utilisé ce terme, c'est parce qu'il traduisait bien mon ressenti et l'analyse que j'en ai faite après coup. Pendant de longues années, j'ai donc été confrontée à une accumulation de crises. Je dois tout d'abord préciser que mon mari est psychologiquement malade. Je ne le savais pas dès le départ, lorsque nous nous sommes rencontrés il y a vingt-six ans, et je n'ai aujourd'hui aucun regret. Durant toutes ces années de mariage, je l'ai porté et, par moment, cela a été lourd et difficile. Trouver de l'aide n'a d'ailleurs pas été facile. En 2007, j'ai demandé à mon mari de chercher un foyer, et Dieu sait que cette démarche a été pénible. D'ailleurs, je ne m'en suis jamais complètement remise. Il ne m'a

pas comprise et cela a été mon «premier désastre».

Par la suite, ma propre santé physique s'est gravement dégradée: j'ai dû être hospitalisée et suivre de lourds traitements. Tel a été mon «deuxième désastre».

Plus tard, j'ai repris mon emploi de biologiste. Les conditions de travail n'étaient plus bonnes et j'ai fini par le perdre. Ce fut mon «troisième désastre». Passionnée par les sciences de la vie, cet emploi représentait beaucoup plus pour moi qu'un simple gagne-pain. Il s'agissait aussi une revanche prise sur une enfance et une adolescence catastrophique. Durant cette dernière période, c'est d'ailleurs grâce à mes efforts à l'école que je parvenais à sortir un peu la tête de l'eau. Sans travail, je me sentais orpheline, vide. Ce qui a suscité des interrogations en moi: quel est le sens de ma vie? Qu'est-ce que je fais dans ce monde?

Cette perte d'emploi a eu des répercussions financières, ce d'autant plus que

j'ai dû assumer les frais relatifs aux soins de mon mari durant les deux années qui ont suivi. Charges financières que les assurances auraient d'ailleurs dû couvrir... Ne voulant pas dépendre de l'aide sociale, mes économies ont très vite fondu. Je n'avais plus rien.

Mon rapport aux autres s'est détérioré. A cause de mon mal-être, de mes comportements parfois irrationnels, de nombreux amis se sont éloignés. Ma vie s'est ainsi effondrée et je me suis retrouvée complètement à plat, sans aucune énergie. Aujourd'hui, avec le recul, je dirais qu'il subsistait un «petit quelque chose».

### **Barbara Zbinden**

Quelque chose d'essentiel...?

### **Liliane Sticher Siu**

Oui. Il me restait moi-même. Mais que faire avec cela? me suis-je demandée. Rétrospectivement, je pense avoir à un moment donné décidé que le seul moyen d'avancer était de devenir maître de ma vie. En quelque sorte, le capitaine à bord. Il fallait que je me recentre sur moi pour prendre la résolution de reconstruire ma vie et de saisir toutes opportunités qui se présentaient. Je devais en fait partir de moi pour retrouver la confiance dans les autres.

### **Barbara Zbinden**

J'ai bien aimé cette image du «capitaine à bord». Cette instance intérieure t'a en quelque sorte amenée dans un autre espace et donné un nouveau cap. Tu as pris conscience que tu étais vivante, que

tu avais des compétences, mais tout à coup cette notion de capitaine t'invitait à adjoindre le «sensitif» à la pensée. Est-ce bien cela?

### **Liliane Sticher Siu**

Tout à fait. Jusqu'alors, j'avais géré ma vie en m'appuyant surtout sur le «mental». Certes, cela m'avait aidée à passer les obstacles, si ce n'est sauvée. Mais, arrivée à un tel stade de débâcle, le «cérébral» ne suffisait plus. Il me fallait remettre en question mes mécanismes de fonctionnement pour mieux rebâtir. J'ai donc appris à définir mes vrais besoins, ceux qui s'exprimaient depuis mon enfance. Cette démarche, très longue, m'a permis aussi de découvrir mes propres limites. Encore aujourd'hui, j'apprends à intégrer ce que me dit mon ressenti, à sentir ce qui me semble juste. Auparavant, j'écoutais les autres et m'adaptais à eux. Ils avaient forcément raison et moi tort. Aujourd'hui, je suis à l'AI et, en dépit de la difficulté à accepter ce statut, j'ai compris que je pouvais relâcher la pression. J'ai gagné en liberté: je dispose désormais de plus de temps pour me retrouver et apprendre à être moi-même. Je m'étais jusqu'alors essentiellement focalisée sur la biologie. A présent, je développe mes fibres artistiques, notamment au travers de la poésie et de la photo. Mais, avant tout cela, j'ai dû traverser une phase de révolte entretenue par un sentiment d'injustice face aux désastres de ma vie. A cette époque, j'aurais pu basculer dans la détestation des autres. Aujourd'hui encore, je sens parfois poindre de l'amertume, même si un processus d'ac-

ceptation s'est fait. Il faut dire aussi que mon regard sur la colère a bien changé: je pense maintenant qu'elle est nécessaire à la prise de conscience, qu'elle ne doit pas être dissimulée et qu'il faut même en tirer parti.

### **Barbara Zbinden**

Je suis heureuse que tu abordes le thème de la colère. Je pense que derrière celle-ci se dissimulait un besoin: celui de t'aimer, d'être aimé, de prendre soin de toi...

### **Liliane Sticher Siu**

Oui, il fallait d'abord que je m'accepte moi-même pour accepter ma situation, mais aussi les autres. Certaines personnes basculent dans la haine et je peux les comprendre. Toutefois, il est possible de faire autrement et j'apprécie la chance que j'ai eue de ne pas céder à ce travers.

### **Barbara Zbinden**

Est-ce qu'on pourrait dire qu'une pomme qui tombe, soit elle pourrit, soit elle devient plus douce?

### **Liliane Sticher Siu**

L'image est juste. Il y a un choix qui se pose et aimer les autres demande au départ de la volonté. Par contre, les haïr, c'est s'abandonner à une certaine facilité. Au final, on a plus à gagner en aimant qu'en détestant autrui, c'est ce que j'ai très vite réalisé.

### **Barbara Zbinden**

Tu as parlé tout à l'heure de l'importance de «ressentir les choses». Comment une personne «cérébrale» s'est-elle ouverte à

sa vie intérieure, à son monde émotionnel?

### **Liliane Sticher Siu**

Il m'a fallu prendre conscience de mon histoire particulière; ce qui nécessitait de me reconnecter avec mon enfant intérieur et d'écouter ce qu'il avait à me dire. Et m'en occuper, essayer de voir quels besoins il exprimait et les satisfaire. Cette écoute passe notamment par le corps. Il m'a fallu du temps pour entrer dans ce processus et, aujourd'hui, cette partie de moi-même se porte beaucoup mieux.

### **Barbara Zbinden**

Nous sommes partis de la maladie mentale et tu cites à présent le corps. Quel cheminement t'a conduite à faire du corps une ressource personnelle?

### **Liliane Sticher Siu**

Les désastres rencontrés au cours de ma vie m'ont fortement interpellé sur le plan physique aussi. J'avais tendance auparavant à ignorer les messages de mon corps. J'ai réalisé que, non seulement, je pouvais, mais devais en tenir compte. Le corps est central. Sans lui, je n'existe pas. Il est donc nécessaire d'en prendre soin.

### **Barbara Zbinden**

Comment vas-tu à présent?

### **Liliane Sticher Siu**

J'ai retrouvé une certaine énergie. Je vois à présent le chemin qu'il me reste à parcourir afin de me reconstruire pas après pas. Même si je dois encore mieux m'affirmer, je crois que je suis à l'orée de

retrouver de la confiance dans les autres.

**Poème de Liliane Sticher Siu**

*Les arbres ont surgi  
dans le matin,  
au bout d'une nuit sans fin  
dans un cocon de brume  
Le soleil allait venir.*



# **Tisser des liens dans la collectivité pour sortir de la crise, une attente envers les professionnels.**



**Dominique Quiroga-Schmider**  
Ancienne professeure HES, Genève

*La conférence de Dominique Quiroga-Schmider a fait l'objet d'un article paru dans le magazine «Diagonales» (n° 88 – Juillet-Août 2012 – Auteur: Joël Meylan) dont voici le texte.*

**L**e Congrès du Graap 2012 a accueilli Dominique Quiroga-Schmider, professeur récemment retraitée de la Haute école sociale de Genève. Avec force, parfois impertinence, mais humour, elle a analysé la situation actuelle des travailleurs sociaux en Suisse. Une manière de dire qu'eux aussi, dans un monde changeant, sont concernés par toutes les formes de crise qui ont été décrites par différents orateurs au cours de ces deux jours de congrès.

Beaucoup de choses ont changé pour ces professionnels, que ce soit au niveau de leur environnement de travail, de leur clientèle ou de leur regard sur les situations qu'ils traitent. Au point qu'eux-mêmes semblent en danger de crise. Se sentant insuffisamment outillés, parfois dépassés, ils témoignent fréquemment de leur sentiment d'impuissance.

L'irruption de ce malaise ne tient pas au hasard, selon Dominique Quiroga-Schmider. Les services sociaux disent repérer parmi leur clientèle un nombre toujours plus élevé de personnes semblant souffrir de problèmes psychiques et cette tendance nous renvoie au constat fait par l'OMS (Organisation mondiale de la santé): d'après cette organisation, 25 à 30% de la population mondiale serait concernée chaque année par des troubles psychiques. Pour sa part, l'Obsan (Observateur suisse de la santé) relève que 11% des diagnostics posés dans l'ensemble des cabinets médicaux suisses concernent des troubles psychiques.

## **Quel regard sur la maladie?**

Prises telles quelles, ces statistiques peuvent se révéler trompeuses, s'empresse

d'ajouter la conférencière. Et de préciser que la grande majorité des cas sont des problèmes de dépression, de stress ou encore d'addiction. Les pathologies de type «délires», «psychose», etc. ne représentent de fait qu'une minorité des situations.

Pour elle, certains médias, par maladresse ou par volonté de sensationnalisme, surgénéralisent ces troubles particuliers et amplifient le phénomène. Que dire en effet de l'intense médiatisation faite autour des «coups de folie» violents?

A force, le public en vient à penser que ces situations extrêmes constituent une menace omniprésente. Certains partis politiques bâtissent d'ailleurs leur succès sur ce besoin de sécurité. Il en ressort de nouvelles lois, très questionnables, à l'exemple de celle sur l'internement à vie. Pour Dominique Quiroga-Schmider, pas de doutes: on est en tout cas dans un moment de société où il y a «une irruption forte sur la place publique de faits marquant l'opinion (au sein) d'une société qui vise plutôt le risque zéro».

Mais d'autres éléments contribuent eux aussi au changement du regard sociétal porté sur les personnes souffrant de troubles psychiques:

L'évolution de la psychiatrie a également contribué à un changement de climat. Dans les années 1970, rappelle la conférencière, la psychiatrie restait un monde un peu à part, et au sein des services d'accueil et d'aide, «on portait un regard

beaucoup moins médicalisé sur les personnes, les situations et les comportements. Leur prise en charge (...), la définition de leurs besoins et les réponses apportées étaient largement déléguées à la gestion des travailleurs sociaux et des associations.»

## *La pensée comptable*

Quant au subventionnement des institutions sociales, ajoute-t-elle, «il était fixé sur la base d'une mission générale, d'un budget global de fonctionnement. On passait avec les prestataires une sorte de "contrat de confiance", voire même de chèque en blanc sous condition de relative tranquillité publique».

«Depuis deux décennies, constate-t-elle, les questions socio-sanitaires sont devenues politiquement sensibles, progressivement coincées entre coûts de la santé et réduction du budget de l'Etat». Leur financement «est devenu une patate de plus en plus chaude, sur fond de ventilation comptable, de LAMal, d'AI ou d'assistance cantonale».

Pour réduire ces charges, «les interventions se doivent désormais d'être validées, "certifiées efficaces", et si possible inscrites dans un plan quadriennal». Pour Dominique Quiroga-Schmider, «le regard porté sur la clientèle des services d'aide et de soin et la pensée comptable qui règne aujourd'hui sont deux éléments qui se tricotent largement ensemble». D'où, aujourd'hui, une forte tendance à la

«médicalisation de toutes les problématiques sociales. (...) La facette sociale de ces problématiques reste elle généralement à charge des budgets cantonaux». Pour elle, «c'est la quadrature du cercle.»

## ***Nouveaux paradigmes***

Si donc le regard sur les difficultés sociales s'inscrit clairement dans une vision comptable, quelle perception en avons-nous aujourd'hui? Quels facteurs viennent influencer sur les pratiques réelles? Pour répondre à cette question, trois éléments significatifs doivent être pris en considération:

1. Pour Dominique Quiroga-Schmider, on assiste depuis ces dernières années à une forme de «démocratisation des diagnostics». Elle s'en explique: aujourd'hui, «dépression» et «stress au travail» se retrouvent partout, au sein des entreprises comme dans les institutions publiques, et dans tous les secteurs d'activité. Ils font d'ailleurs partie des axes prioritaires de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la plupart des cantons.

Cette prise de conscience est louable, pour la conférencière, mais de gros efforts restent à faire en matière de cohérence des politiques de la santé. Et de citer l'absence de véritable politique de prévention dans la lutte contre la dépression. Par exemple, le programme «L'Alliance contre la dépression», décidé par l'OFSP, qui œuvre pour une

information systématisée de la population et une meilleure coordination du réseau d'aide et soins entre les organismes publics et privés, ne comporte pas de volet prévention.

Et impossible pour les cantons d'y inclure un axe supplémentaire pour pallier cette lacune. Ce programme n'est en effet pas modifiable en l'espèce, label oblige. «A se demander s'il vaut mieux prévenir que guérir», s'interroge la conférencière.

Pour autant, l'usage et la «banalisation» des diagnostics ne sont pas mauvais en soi. Ils ont aussi grandement contribué à une meilleure compréhension des troubles psychiques, souligne la conférencière. Le statut de malade et la légitimité des aides et des soins bénéficient aussi d'une meilleure reconnaissance.

Toutefois, «il convient de rester prudent». Nombreuses sont en effet les «trajectoires de santé traversées par plusieurs diagnostics successifs, égrenés au fil du temps, de la mode, et des difficultés à cerner précisément les contours». En outre, paradoxalement, le diagnostic alimente aussi parfois la stigmatisation des personnes qui en sont frappées.

A relever toujours à ce propos que le futur DSM V, manuel de référence qui classe et catégorise les critères diagnostiques et statistiques des troubles mentaux, fait déjà l'objet de vives controverses au sein même des cher-

cheurs et des cliniciens. Peut-être convient-il, comme la conférencière nous y invite, de se rappeler que ces diagnostics ne sont que le reflet d'un point de vue marqué par les enjeux de société à un moment donné.

2. Dominique Quiroga-Schmider poursuit son analyse en pointant du doigt «la banalisation des traitements médicamenteux». A son sens, «là aussi, un regard critique s'impose»: certes, aujourd'hui les médications se sont affinées et les effets secondaires mieux pris en compte. Les patients ont aussi la possibilité, légale, de consentir au traitement proposé et d'être informés des stratégies de soin possibles.

Mais, pour elle, les psychotropes ont aussi des effets pervers: trop systématiquement prescrits, ils sont maintenant également beaucoup utilisés pour faire face aux pressions de situations de vie, de problèmes sociaux ou de travail, et soulager le quotidien. «Et qui dit prescription, dit médicalisation», souligne la conférencière. Et de constater que cette dernière se généralise dans la clientèle des services sociaux, des lieux d'accueil, des foyers pour mineurs, etc.

3. La «gestion des problèmes mentaux aigus» a aussi beaucoup évolué, ce qui a des retombées sur le travail social. Certes, le développement des droits du patient, mais aussi le travail d'associations d'usagers ou de proches, sont à l'origine d'importants progrès: «l'hôpital s'est ouvert sur la cité», la mise à

l'écart ou le traitement forcé des malades s'est réduit, l'origine multifactorielle des troubles psychiques est mieux reconnue, la détection et les traitements proposés plus efficaces et les malades moins stigmatisés.

Pour Dominique Quiroga-Schmider, ces évolutions méritent d'être saluées, mais la situation est cependant loin d'être parfaite. Par exemple, d'un point de vue budgétaire, les politiques d'économie ont induit un raccourcissement drastique des durées d'hospitalisation. «On mise à présent sur les soins ambulatoires», pour ne plus couvrir, «et parfois à grand-peine, que le strict moment de la crise». Résultat? «La gestion des problèmes mentaux aigus s'est ainsi en bonne partie déplacée sur les autres structures d'aide et de soin et sur la société civile.»

La «démocratisation des diagnostics», la «banalisation des traitements médicamenteux» et une «gestion différente des troubles mentaux aigus» ont donc induit de nombreux changements dans les structures d'accueil et d'aide.

## ***Le sens du travail social***

Selon Dominique Quiroga-Schmider, «les situations de personnes repérées comme souffrant de troubles psychiques (...) ont de tout temps été perçues comme lourdes, épineuses, voire inquiétantes, car échappant potentiellement à

tout contrôle». La question des «risques d'acting auto- ou hétéro-agressif» se pose forcément aux professionnels du social. «Mais, ajoute la conférencière, qu'il s'agisse de problèmes de non-emploi, d'une souffrance au travail, d'un échec scolaire ou de formation, d'une perte de lien due à l'exil ou à la migration, de galères pour décrocher un logement, de difficultés financières, d'isolement ou de solitude affective, de conflits ou de violence au sein d'un couple ou dans une famille, les difficultés de vie rencontrées par les personnes dites "souffrant de troubles psychiques" restent fondamentalement de même nature que pour tout un chacun. Seule différence peut-être: leur plus grande sensibilité et vulnérabilité!»

Dès lors, changer de regard sur ces personnes reviendrait non plus à «gérer des problèmes de santé mentale», mais plutôt à «accompagner une traversée d'événements de vie liée à la condition humaine». Et cet accompagnement «des humains aux trajectoires parfois bien malmenées», voilà certainement ce qui fait la particularité mais aussi la compétence du travailleur social, d'après la conférencière. Ce savoir-faire de qualité n'est pas réservé aux seuls professionnels, mais peut être le fait d'associations, de bénévoles, etc. Grâce à une expérience construite sur des décennies, ces experts du social pourront aider les personnes en souffrance «à tisser des liens, à retrouver, à développer et mettre en valeur des ressources».

## *Des généralistes*

Et c'est ce qui fait des travailleurs sociaux «avant tout des généralistes au sens noble du terme», c'est-à-dire des intervenants «outillés pour penser en termes de trajectoire et réfléchir au sens global de leur action». Une telle compétence leur offre la possibilité de «se saisir au quotidien de toute opportunité pour entrer en relation, pour engager un projet ou restaurer un lien». C'est ainsi que la personne en difficulté pourra «reprendre pied dans sa vie, passer l'obstacle ou composer avec l'adversité».

Et pourtant, ce talent de généraliste est aujourd'hui menacé, prévient-elle. En cause: sa faible valorisation marchande et symbolique. De fait, les interventions sont toujours plus parcellisées, plus sectorisées et laissées au pouvoir des seuls spécialistes. Ces derniers ont leur utilité, car ils «affinent la compréhension de certains enjeux» et permettent d'intervenir avec plus de doigté dans des situations données. Mais, c'est précisément dans un monde parfois trop livré aux seules mains des experts que le généraliste prend toute sa valeur. Il s'agit donc de défendre ces acquis pour que perdure cette approche si précieuse.

Dans cette perspective, la conférencière souligne les apports de l'interdisciplinarité. Et de défendre la transversalité des savoirs, la mise en commun des formations, le partage des ressources, des connaissances et des idées entre tous les acteurs du champ social. C'est ce qui per-

mettra, progressivement, de «comprendre les choses autrement; et donc d'intervenir différemment». Ce qu'en disent les premiers concernés l'atteste: dans leur parcours de vie, ce qui a servi de déclic et leur a donné la possibilité de repartir d'un bon pied tient dans la «qualité et la durabilité des liens tissés», mais aussi dans les «ressources partagées avec d'autres», quels qu'ils soient.

Dans leur intervention auprès de personnes en souffrance psychique, les différents professionnels doivent, ici encore plus qu'ailleurs, se montrer capables d'innover et d'interagir de manière plus personnalisée, «ce qui est loin d'être tout simple dans un univers de plus en plus normé, balisé, standardisé».

## ***Oser s'engager***

Pour pouvoir accompagner, il est aussi essentiel, aux yeux de Dominique Quiroga-Schmider, que les «différents professionnels et structures s'adaptent pour aller à la rencontre de ceux qu'ils veulent soutenir; parce que justement, ceux-ci ne le peuvent pas, momentanément ou plus durablement.» Ce qui peut paraître simple ne l'est par contre pas forcément dans la pratique. Et, «l'adéquation, l'efficacité d'une intervention (...) se mesureront avant tout à la capacité des professionnels à tisser ensemble juste ce dont l'autre a besoin, au bon moment, avec la manière particulière qui va lui permettre de s'en saisir».

Mais, «les professionnels d'aujourd'hui peuvent-ils et osent-ils encore sortir d'un cadre assez étroitement prescrit et s'engager?» s'interroge Dominique Quiroga-Schmider. Au risque de s'exposer et se «positionner par moment à rebrousse-poil des directives de service et des contrats de prestation», par exemple. Et souvent, sans que rien ne soit définitivement acquis et qu'il faille s'y reprendre à plusieurs reprises. Alors, oser s'engager? «La question mérite d'être posée, au niveau aussi des politiques de santé, des édiles, des grands cadres de l'Etat, des structures publiques ou privées, mais aussi au niveau des professionnels, des bénévoles et des individus que nous sommes», répond la conférencière, en montrant bien toute la difficulté de concilier à la fois exigences institutionnelles et convictions personnelles.

## ***Besoin de légitimité***

Pour la conférencière, il importe avant tout de s'engager utilement. Et pour cela, l'intervenant social doit pouvoir s'appuyer sur un sentiment de légitimité qui se situe à trois niveaux. A un niveau d'abord individuel, l'assurance de sa propre compétence professionnelle est nécessaire. Elle s'acquiert par de la formation, mais aussi au fil des années de vie et d'expérience.

«La reconnaissance par les pairs» constitue une deuxième source de légitimité et conforte l'estime de soi et la valeur de ses actes. Il s'en dégage un sen-

timent d'appartenir à un groupe partageant des pratiques et des intérêts communs. D'où l'importance de développer les pratiques de réseaux. On constate alors que les mêmes questions, les mêmes difficultés sont à l'œuvre dans d'autres services, associations, pratiques, et cela à tous les échelons, y compris chez les grands cadres de l'Etat, fait-elle remarquer. En prendre conscience « permet de corriger un peu chez soi-même et chez les autres un point de vue trop simpliste », mais aussi « de se dégager de ce sentiment de non-capacité à faire face ou d'impuissance due à notre manque de savoir-faire ».

Et pourquoi ne pas « créer aussi des occasions de réfléchir ensemble et se donner du poids pour mieux se faire entendre » ? Dans ce même esprit, il s'agit de « privilégier les complémentarités plutôt que les effets de divergence ou autres prés carrés ». Mais cela n'est pas facile dans la situation actuelle, d'autant plus que pour des raisons budgétaires la part « travail de réseau » tend malheureusement à disparaître des temps officiels des cahiers des charges.

## ***Des comptes à rendre***

Dernière source importante de légitimité pour les travailleurs sociaux : le regard de la collectivité. Autrefois, explique Dominique Quiroga-Schmider, « la fonction en elle-même était en quelque sorte synonyme de compétences ». Aujourd'hui, cette légitimité s'effrite à tous les niveaux. « Même les hauts fonctionnaires

d'Etat sont très vite questionnés et doivent faire la preuve de leurs compétences personnelles ».

Certes, tout n'est pas à rejeter lorsqu'il s'agit de prouver ses compétences et cela a « très certainement contribué à une plus grande qualité de prestation, une meilleure lisibilité des actions, et aussi un meilleur contrôle sur les deniers de l'Etat, source d'équité ». Mais, « avec ces démarches qualité (processus pour implanter un système qualité et assurer une amélioration continue, ndr), on se situe très vite sur un registre de comptes à rendre pour tout et à tout moment », ce qui demande beaucoup d'énergie qui pourrait être consacrée à autre chose, explique-t-elle. Cette pensée comptable peut également freiner la capacité d'innovation : « Lorsque tout est chiffré, ce n'est pas facile d'oser, parce qu'on ne sent aucun droit à l'erreur. » Pour la conférencière, cette situation nous met face à un défi : celui de « travailler à assouplir, à rendre plus perméable toutes ces normes, directives et habitudes de service pour y créer des espaces où penser, imaginer, créer, remédier, réguler ».

« Que pouvons-nous donc faire si l'on veut "bien oser" et "oser ensemble" ? » Pour Dominique Quiroga-Schmider, toute amélioration passe avant tout par une mobilisation de l'intelligence collective. « Montons ensemble des projets avec les personnes concernées, les proches, les professionnels du social et de la santé et les représentants de la société civile. » Voici pour elle « une

manière concrète d'œuvrer pour une meilleure prise en compte des personnes, de leurs droits à de meilleures conditions de vie, etc. (...)

«Tout projet mené à plusieurs, où chacun peut se sentir acteur, donne cette inestimable possibilité de se sentir exister, comme une personne reconnue et comme membre d'une collectivité. (...)

Miser donc sur l'intelligence collective, c'est agir ensemble pour faire évoluer des pratiques et changer les regards; à commencer par le sien propre. C'est trouver chez les autres aide et soutien dans un but commun, c'est une source d'appartenance, de reconnaissance et de valorisation des apports de chacun».

Car, termine l'oratrice, «notre rôle n'est pas la gestion des problèmes sociaux ou des problèmes de santé mentale», mais bien de «créer des liens, des contrepoids, quitte à ne pas entrer dans la norme ambiante. C'est de créer un compagnonnage engagé au côté des personnes et des communautés les plus vulnérables. C'est tisser ensemble du collectif et des pratiques interdisciplinaires où chacun puisse se sentir partenaire, reconnu et capable d'inventer.»



# ***Après la crise, comment rebondir***

## **Prof. Marc-Henry Soulet**

Professeur ordinaire, titulaire de la chaire «Sociologie, politiques sociales et travail social» et Doyen de la Faculté des lettres de l'Université de Fribourg



**Q**ue peut dire la sociologie de la crise?

En tant que science des régulations et des structures, cette discipline s'intéresse avant tout à ce qui se répète, à ce qui est prévisible. Son but? Expliquer comment émergent des tendances dans les pratiques d'un groupe social donné, comment se développent un certain nombre de manières d'être, de codes, de préférences ou de goûts qui refléteront une appartenance socioculturelle.

En tant qu'événement individuel, plutôt évanescent et imprévisible, la crise personnelle ou identitaire n'intéresse donc pas à proprement parler la sociologie.

Pour cette branche des sciences humaines, elle n'est qu'une manifestation soit de problèmes de structures, soit de problèmes d'action. Quel est l'apport de ces deux points de vue sur la crise? Sont-ils susceptibles de renouveler notre regard sur la question?

## ***Structures, désajustement et crise***

La sociologie explique un certain nombre de conduites par des structures qui sont extérieures à l'homme. La crise, surtout à large échelle, révèle l'existence de ces structures latentes, de ces manières de faire déjà bien présentes, mais qui n'apparaissent pas clairement. Qu'elle soit importante ou pas, chaque crise constitue une révolution qui se traduira par un saut en avant ou un saut en arrière et débouchera dans tous les cas sur une nouvelle structure, plus belle ou pire.

Du point de vue de la structure, la crise identitaire serait produite par la non-reconnaissance du fait que le «Je» ne se synthétise pas dans un seul homme ou une seule femme, mais serait un assemblage de plusieurs autres «Je». La question qui se pose alors est celle de la capacité à «switcher» d'une structure à l'autre, de se mettre en accord avec un contexte donné, de trouver la bonne partition. Par exemple, si je me comporte en tant que professeur à la maison, je doute

que ma conjointe soit très satisfaite et encore moins mes enfants. Si je me conduis en tant que bon père de famille devant mes étudiants, je doute qu'ils ne me trouvent intéressant. La crise refléterait donc un désajustement entre une manière d'agir et un contexte. C'est une première explication possible.

Une autre explication, toujours structurée, nous amène à considérer que la crise dite personnelle est toujours sociale. Cela renvoie à l'idée de pathologies sociales, c'est-à-dire des formes de troubles individuels qui ont pour origine des contextes, des cadres structurels sociétaux particuliers. Le Français Émile Durkheim (1858-1917), grand fondateur de la sociologie, nous rendait attentifs aux dimensions sociales du suicide et évoquait certains contextes sociétaux plus propices que d'autres. C'était le cas selon lui lorsqu'il y avait trop ou pas assez de règles de fonctionnement social. Certains contextes fragiliseraient ainsi les individus.

Autre exemple en lien avec les structures: Vincent de Gaulejac, sociologue français, auteur d'un ouvrage remarquable intitulé «La névrose de classe» (1987) tente d'expliquer combien on peut souffrir de vivre en quelque sorte à cheval entre deux mondes. Et de montrer que, structurellement, nos sociétés favorisent la mobilité d'un groupe social à un autre, avec pour conséquences des désajustements pour les individus transfuges. Celles et ceux qui se situeraient entre deux espaces sociaux seraient plus susceptibles de traverser des périodes de crise individuelle.

## ***Retrouver un pouvoir d'agir***

Il ne s'agit pas uniquement de s'intéresser au rôle des structures, mais aussi à ce qui se passe du point de vue de l'action: pourquoi les êtres humains font-ils une chose donnée plutôt qu'une autre? En la matière, la sociologie distingue trois types de contexte:

- Un «**contexte d'action certain et figé**», dans lequel les règles sont si prégnantes que, quelle que soit l'action posée, les choses se dérouleront de manière entièrement prévisible, rendant par là même tout acte insignifiant. C'est sur ce modèle que fonctionnent par exemple les dictatures ou les pénitenciers.
- Un «**contexte d'action stable et en même temps ouvert**» possède pour sa part des règles d'action relativement claires et explicites. Les individus auront une certaine marge de manœuvre pour définir ce qui est bien ou ce qui est gagnant pour eux. Certaines conduites seront ainsi plus gratifiantes que d'autres.
- Un «**contexte d'action incertain**» désigne un environnement dans lequel les règles sont floues ou fluctuantes et qui ne permet pas de savoir dans quel sens agir, comment influencer sur le cours de son existence. L'action est rendue alors difficile, voire improbable.

C'est ce dernier type de contexte qui caractérise le mieux la crise. La capacité à agir de la personne est entravée et tous ses repères doivent être repensés. Jusqu'alors, les cadres étaient explicites, l'organisation bien assise et des routines, au sens d'automatismes, pouvaient se développer. Dans de tels contextes, l'individu se retrouve comme un enfant devant un monde qui lui paraît complexe, illisible, et source d'impuissance.

Il est alors essentiel de retrouver, progressivement, un pouvoir d'agir. Mais cette transformation demande du temps, mais aussi de savoir où aller et comment y aller. Une injonction de direction donnée à une personne ne sera d'aucune inutilité et reviendra à lui demander de sortir d'une pièce dont l'unique issue est bloquée de l'extérieur. Renouer avec l'action requiert la construction d'un but intrinsèque et un but extrinsèque. «Arrête de boire!» dit-on à la personne alcoolique. Elle de répondre: «Pourquoi? Pour faire quoi?» Si elle n'a pas de raison à elle et de solution de rechange pour vivre au quotidien, elle continuera à boire. D'où l'importance d'entrer dans un processus d'«oscillation», dans un mouvement d'aller et de retour qui mobilisera trois dimensions:

- Une **dimension d'action** d'abord, qui représente cette capacité à sortir d'un rôle passif pour devenir acteur de sa vie. Dans ce processus, autrui, incarné par une personne extérieure ou une partie de soi, est incontournable.

Par exemple, l'alcoolique se dira: «Je ne veux plus être cet homme qui boit», laissant place à un autre «Je» en lui. Ou sera peut-être soudain interpellé par une remarque de son entourage.

- Puis, une **dimension pédagogique** qui implique, elle, la question des ressources à mettre à disposition de l'action. Souvent, il est difficile de les reconnaître, d'autant plus lorsqu'il n'y a aucun objectif clair permettant de les mobiliser. A mon sens, la seule ressource réelle tient dans l'expérience, ou autrement dit dans la méthode essai-erreur. C'est la capacité d'engrangement progressif, de réflexivité sur ce qui est fait qui va, petit à petit, transformer la situation.

- Enfin, une **dimension historique** qui requiert de tenir compte d'une variable centrale: la durée. Celle-ci présuppose une narration, la reconstruction d'une linéarité entre son existence présente et celle d'hier pour tracer les grandes lignes de celle de demain et donner de la continuité biographique.

## *Trouver les bons outils*

Comment soutenir l'action dans un contexte difficile, qui la rend improbable? L'autre est indispensable. L'étymologie latine du mot «autre» renvoie à *alter*, tout d'abord, qui a donné «altérité», mais aussi à *alius*, à l'origine du verbe «aliéner». Ce verbe sous-entend que, pendant un temps, la

personne est devenue comme étrangère à elle-même, puis a récupéré et s'est rétablie. Des modifications se sont imposées à elle, de même que de nouveaux objectifs.

L'entourage de la personne en sortie de crise doit donc lui permettre de redevenir «autre», de se retrouver. Le problème n'est pas de retrouver une identité, mais de permettre un passage pour reconstruire une autre manière d'être au monde, de penser son rapport aux autres et à soi tout en maintenant une continuité de son identité. Cette transition est un peu à l'image d'un départ en voyage. De quoi a-t-on besoin à ce moment-là pour qu'un séjour à l'étranger soit agréable et réussi?

- Un **capital expérientiel du voyage**, qui sous-tend d'accepter de se détacher, de se déraciner pour mieux s'attacher à nouveau et se réenraciner. Cela suppose la rencontre et la confrontation avec des formes d'altérité.

- Un **imaginaire du voyage**, qui s'incarne dans l'envie d'un ailleurs ou une curiosité face à ce que l'on ne connaît pas. Qui n'a pas ressenti une fois ou l'autre l'appel du large en voyant des bateaux en partance?

- **Diverses structures ouvertes** permettant la réalisation de ce voyage. Sans TGV, sans aéroport, sans autoroute, etc. pas de passage ou de transition possible. Sans lieu d'accueil, pas de séjours concevables non plus. Les rencontres et les échanges seront également essentiels, car

ils donneront un sens, une interprétation à l'expérience en cours de réalisation.

De même qu'on a besoin des autres pour bien voyager, on ne pourra faire l'impasse sur eux dans un processus de sortie de crise. Cet exemple montre aussi que le changement est facilité par tout un ensemble de ressources ouvertes à disposition. Ces dernières comportent deux niveaux:

- **La bienveillance institutionnelle.**

L'institution doit favoriser la transformation de l'autre en lui laissant le soin de choisir. Elle doit être, en langage sociologique, une structure ouverte, qui favorise la réalisation de la liberté des individus. Cela revient à les outiller, c'est-à-dire pour reprendre la métaphore du voyage, à réunir les conditions qui le rendent possible. Si, par exemple, on apprend à un enfant à faire du vélo, il finira par acquérir cette compétence. Pour autant, à elle seule, celle-ci ne suffit pas. Encore faut-il qu'il y ait des pistes cyclables, des chemins adaptés à vélo, bref des structures d'opportunité ouverte qui offrent la possibilité d'exercer sa liberté de choisir de se déplacer à vélo.

Et de constater qu'aujourd'hui notre société, avec ses exigences d'efficacité, de rentabilité, tend plus à formater les individus plutôt qu'à garantir et valoriser de telles structures d'opportunité. Ce sont pourtant elles qui favoriseront la sortie de crise, quelle que soit sa nature.

Dans un contexte d'inquiétude ou de crises, les structures dites «discursives»

ont aussi leur utilité. Elles permettront de discuter ou de tester la pertinence de certains choix de vie: «Je devrais?», «Je ne devrais pas.» Ces échanges, si importants, peuvent avoir lieu en famille, avec des amis, sur le lieu du travail, peu importe tant qu'ils représentent un contexte ouvert.

• **La posture compassionnelle.** Si l'on prend au pied de la lettre l'étymologie du terme «compassion» apparaît cette idée de «souffrir avec». Dans le participe passé du verbe latin *pati*, à savoir *passus*, qui a donné passion, on trouve une nuance supplémentaire: un fait extérieur qu'on subit s'impose à nous. Face à quelqu'un en crise, un phénomène de compassion au sens plutôt de *passus* se produit: on subit la souffrance de l'autre. Et immédiatement se pose la question de ce que l'on peut faire. Le terme de compassion me semble donc intéressant, malgré sa connotation parfois religieuse, car il nous renvoie à un problème d'action pour Autrui. En disant, «Je compatis à votre douleur», on sous-entend que l'on endosse la souffrance, mais que l'on ne peut rien faire. Chacun sa douleur, sans que l'on puisse réellement agir l'un pour l'autre. Au sens littéral, la compassion ne durerait donc qu'un bref instant, le temps d'une poignée de main, *main-tenant* en quelque sorte. Pourtant, elle peut aussi être envisagée autrement, et en particulier comme la possibilité ou le moment de l'affirmation d'un lien d'appartenance. Au-delà de la question de la souffrance, si je compatis, c'est une manière pour moi de maintenir et de réaffirmer un

lien. Et celui-ci présuppose d'emblée une donation de confiance. Toute personne en situation de crise, en devoir d'agir est appelée à retrouver un régime de confiance dans les autres, comme dans les institutions d'ailleurs. La confiance est cependant toujours aveugle, ce qui veut dire qu'on ne la vérifie pas et qu'on dépend complètement de l'autre. Or, agir en situation d'inquiétude n'est jamais évident justement parce que la relation aux autres est en crise.

Il me semble ainsi que la posture compassionnelle, celle qui ne veut rien parce qu'elle ne peut rien est aussi essentielle parce qu'elle est la seule chose qui permette cette fameuse notion d'«oscillation», avec ces moments de latence. En quelque sorte, un moment où l'entourage dit à son proche: «J'ai confiance en toi. Fais ce que tu peux! Je ne peux rien pour toi, mais je suis là!»

### ***Pour aller plus loin:***

➤ Marc-Henry Soulet (éd.), «Changer de vie: un problème social», Academic Press Fribourg, 2011.

➤ Marc-Henry Soulet (éd.), «La souffrance sociale: nouveau malaise dans la civilisation», Academic Press Fribourg, cop. 2007.

➤ Marc-Henry Soulet (éd.), «Société en changement, société de changement», Academic Press Fribourg, cop. 2006.

# ***Pleine conscience et crise***

**Lorena Gamboa Horta Chevillat**  
Psychologue spécialiste,  
CHUV, Secteur psychiatrique Ouest,  
Prangins



**L**a pleine conscience, qu'est-ce que c'est? Comment on y parvient-on? Quelle est son utilité pour prévenir la crise? Autant de questions auxquelles je vais tenter de répondre.

La pleine conscience est une méthode dite «expérientielle». En rendre compte dans le cadre d'une conférence n'est pas un exercice facile. C'est avant tout en la pratiquant régulièrement que l'on peut en saisir tout le potentiel.

Cette technique consiste à focaliser son attention dans le moment présent, dans ce que nous sommes en train de vivre ici et maintenant, de manière volontaire, sans jugement, avec bienveillance. Et d'aller voir les informations que nous livrent nos sens. La pleine conscience peut donc se définir comme une compétence psychologique qui s'exerce par le biais d'exercices de méditation. Bien que tirant ses origines de la tradition bouddhiste, cette approche est aujourd'hui déliée de tous ses aspects religieux ou idéologiques, ce qui en fait à présent une pratique

laïque. Contrairement à ce que certaines personnes continuent à croire, la pleine conscience n'est pas non plus une pratique ésotérique ou *New Age*. Elle est actuellement utilisée par de nombreux psychothérapeutes et fait l'objet de multiples recherches, notamment au niveau de ses effets sur les processus psychologiques ou de son impact sur le fonctionnement du cerveau.

## ***Buts de la pleine conscience***

Pourquoi pratiquer la pleine conscience? Les raisons sont multiples.

Elle permet tout d'abord de se défaire de son «pilote automatique». Pour moi, celui-ci se met en marche par exemple les matins de semaine: je sors de chez moi, je prends la voiture, puis route principale, rond-point, première à droite et je me retrouve sur l'autoroute pour aller au travail. Tout cela, je le fais de manière automatique, ce qui permet dans le même temps de penser à la pla-

nification de ma journée. Je fais donc deux choses à la fois. Cela m'est très utile pour anticiper les tâches de ma journée de travail. Seul problème: mon pilote automatique me joue des tours le week-end. Il arrive que je prenne la voiture le dimanche pour aller à la campagne. Et, très souvent, je me retrouve sur une fausse route: au lieu de prendre tel embranchement, je prends l'autoroute, comme tous les jours de semaine. Mon pilote automatique prend ainsi le dessus et me joue un mauvais tour. Ce qui montre bien que je n'étais pas vraiment présente dans ce que je faisais. Il est donc important d'arriver à débrancher ce pilote automatique et à être présent ici et maintenant. La pleine conscience va nous y aider.

Elle a en effet l'avantage de nous rendre davantage attentifs aux bons moments de la vie, de leur donner plus de profondeur, de volupté, d'être vraiment là dans ce qui arrive. Dans les moments plus difficiles, elle permet de mieux ressentir ce qui se passe à l'intérieur de soi, ses sensations corporelles, ses pensées, mais aussi à l'extérieur de soi. Il est alors plus facile d'apporter une réponse adéquate face à un problème, qui ne soit pas le résultat d'une réaction impulsive que l'on pourrait regretter plus tard.

La pleine conscience ouvre aussi une porte sur nos processus mentaux, c'est-à-dire l'ensemble des pensées qui passent par notre esprit et leur manière de s'enchaîner. Ces pensées, pourrait-

on dire, sont à l'image de trains qui passent devant soi. Imaginons une personne susceptible de faire une rechute dépressive. Peut-être qu'une pensée soudaine lui dira: «Je suis nul!» Elle aura tendance à la retenir, à rentrer dedans, à vouloir la confirmer, comme sous l'effet d'un pilote automatique. «Et d'ailleurs, l'autre jour, j'ai été nul à tel moment.» Et, ainsi de suite, des pensées bien apprises se succéderont et entraîneront la personne vers une rechute dépressive. Il est donc important d'apprendre à voir passer les trains sans les prendre, à les observer comme des événements mentaux qui surgissent dans l'esprit et de simplement les laisser venir, se dérouler et aussi s'en aller. Je peux avoir la liberté de m'en défaire et ne pas retrouver assise dans ce train avec toutes les émotions que cela entraîne. Il convient aussi de se rappeler – cela peut aider – que les pensées ne sont pas des faits, qu'elles n'ont aucune matérialité.

La pleine conscience nous permet également de nous défaire des interprétations et des jugements qui surgissent dans notre esprit. Il arrive très souvent qu'à partir de petits indices, on se construise un scénario catastrophe. Alors que rien de tel ne se produit après-coup. Nos jugements ne sont donc que des interprétations de la réalité et pas la réalité elle-même. Et, trop souvent, celles-ci empiètent sur nos actions. Pour s'en défaire, il est utile d'apprendre à cultiver une attitude purement descriptive de ce qui se passe à l'intérieur tout comme à l'extérieur de

soi. De petits exercices tout simples peuvent aider: prendre note de ce que l'on est en train de voir, ce qui se passe en soi ou dans son environnement. La pleine conscience demande aussi une dose de bienveillance envers soi-même.

Pour illustrer un autre avantage de la pleine conscience, prenons l'image d'un chat affamé qui, derrière une vitre infranchissable, voit un oiseau. A sa place, on comprend qu'il aimerait pouvoir casser la vitre et s'emparer de cet oiseau inatteignable. On imagine toute la frustration qu'il ressent. Et c'est à ce moment-là que le chat doit se demander dans quelle réalité il se trouve, là où il est, et ce qu'il peut faire pour prendre soin de lui, de sa survie. Sa réalité n'est pas d'être posté derrière une vitre, mais de courir, de chasser, de se nourrir, de se reproduire, de survivre. C'est là, dans l'ici et le maintenant, que bien des expériences, mais aussi des opportunités vont se produire. Trop obnubilé, ce chat n'a peut-être pas vu les oiseaux et les souris qui ont entre-temps filé entre ses pattes.

L'acceptation, c'est faire état des lieux de la situation telle qu'elle est ici et maintenant, plutôt que de rester dans la frustration du «comment ça pourrait être autrement?» L'acceptation permet de s'ouvrir à tout un champ de possibilités, mais qui restent invisibles si l'on est perpétuellement occupé par des pensées du type: «Si seulement c'était différent!»

## ***Pleine conscience et crise***

A quoi peut servir la pleine conscience dans un contexte de crise? Parmi les nombreuses définitions de la crise, deux ont tout particulièrement retenu mon attention:

- La première est tirée de l'étymologie grecque *krisis* (κρίσις), qui veut dire le «jugement». Elle est intéressante, car elle montre combien nos jugements peuvent nous amener à donner à surinterpréter les choses et à générer des comportements problématiques dont l'issue est parfois la maladie.
- D'un point de vue plus médical maintenant, la crise est définie comme un changement, en bien ou en mal, qui survient au cours d'une maladie.

Cette dernière définition me plaît bien, car qui dit changement dit aussi opportunité. En pratiquant la pleine conscience, je peux être plus au clair avec ce qui est en train de se passer ou de monter en moi, et par là, voir la crise venir. Alors seulement, je serai en mesure d'apporter à des comportements ou à des pensées qui surgissent une réponse qui aille dans le sens de ce qui est important pour moi. Et non de réagir hâtivement, avec impulsivité, comme lorsque le pilote automatique prend le dessus... Imaginons que vous êtes en train de faire un travail très important à l'ordinateur et que celui-ci plante et replante. Personnellement,



j'aurais envie de taper sur l'ordinateur. En même temps, ce n'est pas ce qui va me permettre de finir mon travail. Et c'est à ce moment-là que c'est important de sentir ce qui est en train de monter et de faire un choix éclairé. L'important est d'être au clair avec la réponse que l'on donne. Peu importe la réponse.

En contexte de pré-crise, la pleine conscience nous permet également d'observer nos expériences avec une bonne ouverture d'esprit, donnant ainsi plus d'épaisseur à ce que nous sommes en train de vivre.

La pleine conscience durant la crise permet également d'apprendre à surfer sur la vague émotionnelle, plutôt que de se laisser emporter par elle. Cela ne revient pas à nier ses émotions. Elles font partie de nous, de notre biologie. Ces émotions peuvent cependant être parfois débordantes. Et lorsqu'elles surgissent, il est important d'y faire face sans pour autant se couper d'elles. Il ne s'agit donc pas de lutter contre cette vague émotionnelle, ni de se rigidifier devant elle, mais d'apprendre à surfer dessus pour faire passer le moment d'une manière qui respecte son intégrité.

La pleine conscience nous aide également à être plus à l'écoute de nos états intérieurs et à les réguler. En particulier dans les moments difficiles. Pour illustrer ce point, prenons l'exemple d'une paire de chaussures que l'on souhaite enfiler, mais dont les lacets sont

pleins de nœuds. Ces derniers ressemblent à des «nœuds émotionnels»: ils nous embêtent et on aurait envie de tirer dessus, en espérant qu'ils déferont tout seuls. Mais, qu'est-ce que je fais quand je lutte contre ce nœud? La plupart du temps, je serre encore plus fort... La première chose serait de faire de la place à l'intérieur de ces nœuds, d'y apporter du «mou», ce qui demande de s'en approcher... Lorsque je serai en contact, le nœud va peut-être paraître un peu plus gros et j'aurai peut-être tendance à m'en éloigner. Et pourtant, c'est seulement en m'approchant que je pourrai le détendre et voire même résoudre mon problème.

## *Des pratiques diverses*

Après avoir montré ce qu'est la pleine conscience, ce qu'elle permet, notamment en contexte de crise, je souhaite vous présenter succinctement deux principaux types de pratique de la pleine conscience:

- La pratique dite «formelle» consiste à faire des exercices bien définis à un moment bien précis. Il s'agit de prendre un moment pour soi. L'exercice peut durer entre trois minutes et quarante-cinq minutes et aura pour but d'entraîner différentes compétences psychologiques qui vont nous aider au quotidien.
- La pratique informelle est celle que l'on peut mettre en œuvre tous les jours, à tout moment de la journée. A

n'importe quel moment, je peux essayer de mettre de la conscience dans ce que je suis en train de faire. Si j'épluche des carottes, j'épluche vraiment des carottes. C'est-à-dire que j'observe ce qui se passe en moi, les mouvements, la pression musculaire que j'exerce pour pouvoir râper, mais aussi les odeurs.

Il existe d'autres manières de pratiquer la pleine conscience, qui impliquent notamment des postures. A ce propos, je souhaiterais que l'on puisse se défaire une bonne fois pour toutes de l'idée reçue selon laquelle il faudrait être assis en lotus, avec les jambes bien croisées, pour faire de la pleine conscience. L'essentiel est d'être dans une position confortable. La posture sert seulement à traduire une intention: en me mettant de telle manière, je fais quelque chose pour moi, je prends soin de moi avec bienveillance. Il me semble aussi important d'avoir une posture qui permette de rester éveillé. Il est essentiel pour le débutant d'expérimenter diverses positions: debout, allongé, assis, en marchant, en mouvement.

## **Comment pratiquer?**

La pleine conscience est une affaire d'attention. Comment parvenir à la focaliser?

Il convient de porter toute son attention sur un seul objet. La respiration, par exemple: comment celle-ci se fait? Comment l'air entre par nos narines et

ressort? Quelles modifications physiologiques est-ce que je ressens? Comment le ventre se tend-il lorsque j'inspire, comment se détend-il lorsque j'expire? L'important est donc d'observer attentivement sa respiration. Cet objet a un avantage: il est toujours là, toujours accessible.

Il est possible aussi de se focaliser sur ses sensations corporelles. Nous pouvons par exemple observer le contact d'une main avec l'autre, la température de mon corps, les tensions, les relâchements, les fourmillements, etc. Toute sensation est bonne à prendre. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise sensation, pourvu que nous l'observions avec la même qualité d'attention.

Comme nous l'avons dit, il s'agit aussi de s'entraîner à voir les pensées que produit notre cerveau comme des trains qui défilent, en veillant à ne pas devenir passager de ces trains. De même, on s'attachera à développer une attitude descriptive de ce qui se passe en nous, sans céder au besoin de juger ce qui est présent en nous ou à l'extérieur de nous.

C'est moment après moment que la pleine conscience se fait. Chaque instant que nous y consacrons représente un effort pour rester présent et choisir délibérément d'être dans le ici et maintenant. Lorsqu'il y a des sources de distraction, du bruit, etc., notre attention peut vite partir, mais ce n'est pas grave. Regardons-la simplement partir et revenir, sans y attacher trop d'importance.

Il est capital aussi de prendre les choses les unes après les autres, comme nous l'avons déjà dit. Ainsi, si je suis en train de boire mon thé, je bois mon thé et rien d'autre. A relever d'ailleurs que des études montrent qu'il n'y a pas de gain de temps significatif à faire plusieurs choses en même temps. Par contre, ceux qui ne font qu'une chose à la fois seraient beaucoup moins éprouvés au niveau émotionnel.

### **Trois minutes pour soi**

A présent, je vous propose un petit exercice de trois minutes tiré de la pratique formelle de pleine conscience. Il vous permettra de faire une pause et de vous ancrer dans l'ici et maintenant, de vous recentrer, de prendre conscience de ce qui se passe en vous, de sentir votre corps.

Si vous souhaitez garder les yeux ouverts, fixez un point devant vous, à une distance de trois-quatre mètres, avec les yeux plutôt orientés vers le sol.

*Observez ce qui se passe en vous, au niveau notamment de la posture de votre corps, sans modifier quoi que ce soit. Observez également l'expression de votre visage, soyez-en conscients.*

*Puis, nous allons regarder également les sensations corporelles présentes. Du mieux que nous pouvons, nous allons les observer, puis les décrire. Où sont-elles, comment se manifestent-elles? Avec quelle intensité? Peut-être*

*que ces sensations sont en lien avec un état émotionnel. Si tel est le cas, on va en prendre conscience. Et faire de notre mieux pour mettre un mot dessus.*

*Une fois que nous avons pu faire cela, nous allons observer quelles pensées passent devant notre conscience.*

*Une fois que nous avons pu simplement observer ces pensées, nous allons faire de notre mieux pour diriger cette attention vers notre respiration. Vers la manière dont elle se fait. Comment sont ces moments de va-et-vient de notre respiration? Sentir l'air qui entre par nos narines et qui parcourt notre organisme, l'air qui en ressort. Egalement le fait que lorsque vous prenez une inspiration, la peau du ventre se tend un peu. Elle se détend lorsque l'air sort de notre corps. Et puis, nous allons tout simplement maintenir cette attention sur la manière dont se fait notre respiration. Nous allons l'observer.*

*Une fois que nous avons pu observer comment cette respiration se fait, nous allons étendre cette qualité d'attention à l'ensemble de notre corps. A la perception de notre corps comme un tout. Un peu comme si notre corps tout entier respirait. Nous allons également prendre conscience des sensations corporelles qui sont là, des émotions présentes, des pensées qui sont dans notre champ de conscience, de la posture de notre corps, de l'expression de notre visage.*

*Et puis, tranquillement, nous pouvons terminer l'exercice et revenir à la perception de notre environnement.*

## **Domaines d'application**

Quels sont les champs d'application de la pleine conscience? Plusieurs équipes de recherche à travers le monde travaillent sur le rôle de cette méthode dans la prévention des rechutes dépressives. Leurs résultats tendraient à en prouver l'efficacité. La pleine conscience se révélerait aussi utile pour mieux gérer les émotions débordantes dans les cas du trouble de la personnalité borderline. Elle serait aussi efficace sur les TOC (trouble obsessionnel compulsif), l'anxiété généralisée, les phobies, les attaques de panique, les crises de boulimie ou encore les dépendances. Elle a aussi fait ses preuves dans des domaines institutionnels, notamment en milieu carcéral. Mais aussi dans la gestion de divers troubles liés au cancer ou encore à la sclérose en plaques.

Certains types de thérapie utilisent la pleine conscience ou y font référence:

- La thérapie comportementale dialectique utile pour les troubles de personnalité borderline.
- Le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) par John Kabat Zin, le précurseur de cette approche depuis 1982.

- La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience par Zindel Segal, qui marche très bien lors de rechutes dépressives à répétition.

- La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).

- Des thérapies pour apprendre à gérer les addictions, notamment en phase de *craving* (envie de consommation très forte).

La méthode de la pleine conscience est contre-indiquée dans les troubles suivants:

- Dépression aiguë
- Troubles bipolaires non stabilisés
- Troubles du déficit de l'attention
- Séquelles psychologiques à la suite d'un abus physique
- Attaques de panique récurrentes
- Troubles psychotiques

Soulignons-le: la pleine conscience est avant tout utile pour prévenir une crise ou une rechute. Elle ne convient pas aux personnes qui traversent une crise, comme la liste de ces contre-indications le montre.

Pour conclure, je dirai à ceux que cette méthode intéresse qu'il est extrêmement important d'être accompagné par un professionnel. On n'apprend jamais à nager tout seul et il en va de même pour la pratique de la pleine conscience.

Quelques conseils de lecture pour découvrir la pleine conscience:

➤ Mark Williams (et al.), «Méditer pour ne plus déprimer La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux», O. Jacob, 2009.

➤ Jon Kabat-Zinn, «Où tu vas, tu es: apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes», trad. par Y. du Luart, J-C. Lattès, 2011 (2005).

Pour les praticiens qui souhaiteraient s'initier:

➤ Jon Kabat-Zinn, «Au coeur de la tourmente, la pleine conscience: MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness: programme complet en 8 semaines», De Boeck, 2010.

➤ Marsha M. Linehan, «Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite», traduit de l'anglais par D. Page et P. Wehrlé, Ed. Médecine et Hygiène, 2000.

# La crise et après?

## Rosette Poletti

Infirmière, psychothérapeute, docteur en sciences de l'éducation, formatrice d'adultes, écrivain, Orbe



Pour traiter du thème «La crise et après?», je vais me baser sur ce que je vis en ce moment, en particulier dans le cadre de l'association suisse «Vivre son deuil» (1) dont je suis la présidente. Les situations de crises y sont fréquentes et je souhaite ici vous présenter le vécu de ces personnes durant, mais aussi après la crise.

Aujourd'hui, il suffit d'ouvrir les journaux pour voir le concept de crise cité à tout bout de champ. Ses formes sont multiples: économiques, salariales, professionnelles, existentielles, personnelles... Chaque tournant de notre vie, chaque journée, chaque situation vécue peut devenir le théâtre d'une crise.

Je vais pour ma part me concentrer en priorité sur les grandes crises de la vie. On retient souvent qu'il s'agit de périodes critiques et déstabilisantes. Mais cela ne suffit pas. Elles peuvent aussi représenter un moment d'ouverture. Ce qui implique aussi un bouleversement et la mobilisation de ressources. Le destin de ces crises va dépendre de ce qu'on en fait et de com-

ment on les regarde. Tous, nous y sommes confrontés un jour ou l'autre et devons les surmonter.

La crise peut donc être un facteur de progrès, mais aussi de déstabilisation intense qui exige alors un travail sur soi. Des questions d'ordre existentiel (re)feront surface: «Où est-ce que j'en suis? Pourquoi est-ce que je souffre? A quoi sert la vie puisqu'il faut mourir? Que suis-je censé faire ici?» En général, petit à petit, la personne apprend à accepter les difficultés qui se présentent à elle et peut, à partir de là, construire quelque chose de solide et retrouver un équilibre.

De plus en plus, les chercheurs constatent que nous ne sommes pas tous égaux dans la manière dont nous pouvons faire face aux difficultés de la vie. Chaque crise est unique de par le contexte où elle se produit. Son impact change en fonction des ressources que la personne a pu cultiver à l'intérieur ou à l'extérieur d'elle-même, son passé, ses expériences, sans oublier son patrimoine génétique.

Sur la base de ma pratique professionnelle et de mon vécu, je me suis rendu compte que la perte d'un être cher est probablement l'une des plus grandes crises de la vie. La personne frappée se trouve profondément déstabilisée dans ses repères et doit réorganiser sa vie de fond en comble. Pour franchir ce cap, elle sera appelée à puiser dans toutes ses ressources intérieures. Celles-ci ne sont par contre pas forcément présentes ou accessibles suivant les cas.

Dans certaines situations de deuil, les personnes décédées avaient atteint la fin de leur vie. Elles meurent, comme le dit très joliment la Bible, «rassasiées de jours». Un peu comme s'ils avaient assisté à un grand festin, suivi tout le cours du repas et étaient arrivés au dessert. Dans ce cas précis, les proches ont pu se préparer et s'y attendaient. Le bouleversement n'est pas aussi fort. Idem pour certaines maladies incurables. L'entourage peut alors se dire: «C'est peut-être mieux que ce qu'elle vit ne dure pas trop longtemps.» Les professionnels des soins palliatifs ont d'ailleurs réalisé que le deuil était mieux vécu par les proches, lorsque ces derniers avaient pu accompagner le mourant dans de bonnes conditions. Être avec la personne, voir qu'elle ne souffre pas trop, partager certaines choses avec elle et sentir que tout ce qui peut être fait pour elle l'a bien été, tout cela offre la possibilité de vivre un deuil qui ne vire pas à la grosse crise.

D'autres pertes sont beaucoup plus déstabilisantes. Entre autres le décès

d'enfants ou de personnes jeunes, les suicides, les homicides ou les décès subits. On parle aussi de la «surcharge de deuil», lorsque plusieurs êtres chers perdent la vie en même temps, par exemple à la suite d'un accident.

La plupart du temps, la crise se produit donc d'une part à cause d'une profonde déstabilisation, d'autre part parce que le proche n'a pas, à ce moment-là, pu avoir accès à ses ressources personnelles. Ces dernières sont centrales et permettent de retrouver une qualité de vie normale et même supérieure en comparaison avec l'avant-drame. Cela surprendra peut-être. Au bout d'un certain nombre d'années, nombreuses sont les personnes qui disent: «Je me sens différent, j'ai trouvé au fond de moi des ressources que je ne soupçonnais pas, ma vie a pris une autre direction».

Pour illustrer cela, voici l'histoire assez incroyable d'une femme québécoise qui a perdu ses cinq enfants dans un incendie. Au moment des faits, son mari et elle étaient à l'extérieur. Ils avaient fait venir une baby-sitter. Malgré l'interdiction des parents, celle-ci s'est mise à fumer dans le salon. S'étant endormie, une cigarette a embrasé le canapé. Affolée, elle est partie sans sortir les enfants. La maison en bois est très rapidement partie en flamme, sans laisser le temps aux pompiers de sauver les enfants.

Dans de telles situations, il y a toutes les raisons d'être totalement en crise. Ce qui me fascine quelquefois, c'est de voir à quel point certaines personnes mobili-

sent leurs ressources intérieures et savent aussi trouver autour d'elles ce qui les empêchera de sombrer sans retour. Pourquoi y parviennent-elles?

Ces personnes sont généralement qualifiées de «résilientes». Le Dr Bonanno, chercheur de l'université de Columbia (New York), a travaillé sur le sujet et en a tiré récemment un ouvrage: «De l'autre côté de la tristesse» (*The other side of sadness*) (2). Pour cet auteur, ce n'est pas parce que quelque chose de grave s'est produit que la personne concernée entrera automatiquement en crise. Certes, cela arrive, mais bon nombre de personnes peuvent gérer parfaitement de gros drames, sans recourir à une aide professionnelle. Et c'est le cas de cette mère qui a perdu ses cinq enfants dans un incendie. Elle n'a jamais eu besoin de recourir à un professionnel de l'aide et a trouvé tout le soutien nécessaire en elle et auprès de ses amis. Cette femme qui aujourd'hui donne des conférences à ce sujet en laissait plus d'un sceptique, en premier lieu les thérapeutes ou accompagnants. Forcément, selon ces derniers, elle était dans le déni. Ils se trompaient. Ce drame qui avait eu lieu vingt ans plus tôt l'avait laissé indemne, simplement parce qu'elle avait trouvé des ressources particulières. Le Dr Bonanno nous met donc en garde: «N' imaginez pas a priori la personne (frappée par un drame grave) comme ayant forcément besoin de vos soins et de votre accompagnement. Laissez venir ce qui vient. Informez les gens, mais ne leur faites pas croire qu'ils ont besoin de quelque chose avant qu'ils n'en expriment un certain désir.» Ce

point de vue n'est pas toujours accepté dans certains cercles.

Quelles sont ces ressources intérieures susceptibles de vivre après la crise? Bien avant le Dr Cyrulnik, le Dr Julius Segal († 1994), un chercheur qui s'intéressait à la résilience, a étudié sur plusieurs années le parcours de gens aux prises avec des crises de toutes sortes. Chez ceux qui s'en sortaient et parvenaient à vivre relativement bien, certaines caractéristiques revenaient, comme il l'a relevé au terme de ses recherches en 1987 (3): la communication, le contrôle de soi, une conscience déculpabilisée, les convictions et la compassion. Qu'en est-il exactement?

**La communication.** Les personnes qui s'en sortent, a-t-il relevé, sont celles qui gardent la possibilité de communiquer. Il est essentiel de pouvoir dire ce qui se passe à l'intérieur de soi, de le partager, et, si cela n'est pas possible, du moins de l'écrire. Il s'agit là d'un facteur de guérison, comme le révèlent d'autres études. Et ce n'est pas pour rien que notre association «Vivre son deuil» cite souvent cette petite phrase inspirée de l'écrivain français Christian Bobin: «Quand les maux ne traversent pas les lèvres, ils s'en vont hurler au fond de l'âme.» (3) La plupart des associations qui s'occupent des personnes en deuil ont ainsi logiquement pour but de mettre en place toutes sortes de lieux et de possibilités pour favoriser cet échange.

Pour revenir à notre exemple de cette mère qui a perdu ses cinq enfants, elle



est pleinement entrée dans ce processus de communication: elle a donné des interviews, raconté son témoignage, écrit des articles sur son expérience, entrepris aussi une correspondance avec d'autres parents confrontés au même drame.

Evoquer son vécu, le partager et en témoigner est donc primordial pour aller mieux. Beaucoup l'ont compris puisque l'on trouve aujourd'hui en librairie de nombreux ouvrages où les personnes parlent de leur expérience du cancer, du deuil, de la perte d'un enfant, etc.

**Le contrôle de soi.** Il serait préférable de parler de «pouvoir sur soi». Il ne s'agit en effet pas de contrôler qui que ce soit, mais de savoir qu'on peut prendre la responsabilité de sa vie. Nous avons ainsi la liberté d'interpréter ce qui nous arrive et la possibilité de nous recentrer sur nous-mêmes. Ce qui nous permettra de reprendre le contrôle et le pouvoir sur notre vie.

La personne de notre exemple a réalisé, à un moment donné, que dans son réseau habituel on lui demandait sans cesse: «Comment vas-tu? Est-ce que tes enfants ne te manquent pas? Est-ce que tu...» Ayant déjà franchi cette étape du deuil, ces questions n'avaient pas de vrai sens pour elle. C'est pourquoi elle a décidé de profiter de ce temps-là pour aller faire un stage à l'étranger, ce qui lui a permis, momentanément, de quitter ce cercle d'amis.

A plusieurs moments clés de sa vie, elle a ainsi pris le pouvoir sur elle-même

pour aller plus loin et pour faire en sorte que sa vie soit de meilleure qualité. Elle ne s'est jamais laissée enfermer dans une identité de victime. Et, chaque fois, de nouvelles opportunités se sont offertes à elle.

Cette notion de «pouvoir sur soi» s'oppose à celle de «prise en charge» qui a le défaut que les gens sont souvent portés là où ils n'avaient pas envie d'aller. Difficile dans ces conditions d'apprendre quelque chose sur soi, sur ses ressources intérieures et d'aller plus loin.

**Une conscience libérée de la culpabilité.** Ce qui est facile à écrire sur le papier ne l'est pas dans la pratique. Le Dr Segal a mis en évidence que les personnes qui s'en sortent sont capables de se dire: «J'ai fait du mieux que je pouvais dans cette situation. Il y avait peut-être d'autres solutions que je n'avais pas vues sur le moment, car je n'avais pas les informations et peut-être pas la connaissance de ce que j'aurais pu faire autrement. Mais je suis libre de culpabilité. Je ne vais pas me blâmer. Je ne vais pas blâmer qui que ce soit. Je vais rester avec cette situation et voir comment je peux faire avec cette dernière.» Se libérer résolument de la culpabilité, c'est refuser d'entrer dans une litanie du type: «Si j'avais su, j'aurais dû, on aurait pu, il aurait fallu, etc.» Alors oui, peut-être qu'a posteriori on aurait fait autrement. Sur le moment, on ne voit pas toutes les options et ce qu'on a décidé de faire était ce qu'on pouvait et savait faire de mieux.

La mère de notre exemple n'a pas cédé à la culpabilité. Des gens ont bien tenté de la culpabiliser: «Quand on a cinq enfants, on reste à la maison! Comment se fait-il que vous n'ayez pas eu plus de garanties par rapport à cette jeune femme?» Elle aurait pu trouver beaucoup de raisons de culpabiliser, mais elle a au fond très vite compris que cela ne la mènerait nulle part.

**Les convictions.** Il ne s'agit pas forcément de croyances religieuses, mais de valeurs que la personne tient à respecter et à honorer, quelle que soit sa situation. Ce quelque chose de solide à l'intérieur de la personne lui permet d'avoir comme une sorte de colonne vertébrale psychique ou d'axe qui va le fortifier.

**La compassion.** Pour Segal, la compassion nous ouvre aux autres. Ainsi, a-t-il remarqué, plus les personnes confrontées à des situations de crise extrême se sentent en lien avec la communauté dans son humanité, plus elles se sentent vivantes et ont envie de partager. Lorsque ces personnes arrivaient à s'ouvrir aux autres, la crise était plus facilement surmontée et l'après-crise mieux vécu. La compassion incline aussi à se pardonner à soi-même et aux autres. La mère prise en exemple précédemment a ainsi totalement pardonné à la baby-sitter à l'origine de l'incendie. «Vous n'avez pas voulu que cette chose arrive. Je veux que vous sachiez que je ne vous en veux pas.» lui a-t-elle dit. Cela a d'ailleurs complètement changé le cours de la vie de cette jeune femme.

La mère prise en exemple précédemment a par la suite offert son aide aux personnes en deuil. Souvent d'ailleurs, celles et ceux qui ont traversé de graves crises de vie et qui parviennent à entrer dans la compassion sont capables de grandes choses vis-à-vis des autres.

Ces compétences ont donc permis à cette mère de tenir le coup dans cette traversée du désert. Après la crise, quand d'autres situations se présentent et sont difficiles, la personne est capable de réutiliser ces cinq compétences.

Une des questions souvent posées à Segal ou Cyrulnik était la suivante: «Une fois l'épreuve passée, est-on résilient pour toute sa vie?» La réponse est négative. Parce que rien n'est gagné d'avance, dans le sens où les circonstances et l'intensité de ce qui s'est passé à un moment donné sont uniques. Il s'est trouvé que cette mère a réussi à trouver des ressources pour faire face. Mais, lors de la prochaine crise, aura-t-elle la capacité de faire face avec les ressources qui sont les siennes? D'autres facteurs peuvent être présents dans le cadre de vie, dans les relations, etc. qui peuvent rendre peut-être plus difficile l'utilisation de ses ressources. Il y aura alors besoin d'une autre forme d'aide. On n'est donc pas forcément résilient à vie. Par contre, ce qui est certain, c'est que cette personne pourra se faire confiance, puisqu'elle a réussi à surmonter une première crise. Souvent, ce sont elles qui sont à l'origine de la création d'associations, d'œuvres d'entraide, etc.

La crise provoque une prise de conscience: celle de notre vulnérabilité. Celle-ci est bel et bien présente depuis le début de la vie, mais souvent on tend à l'occulter et à se laisser bercer par nos illusions. Les personnes qui ont traversé une crise et qui ont tenté de vivre le mieux possible après coup ont expérimenté cette fragilité. Ils savent que l'être humain est vulnérable. Ils ont donc conscience que tous partagent une communauté de destin, ce qui les incline à mieux comprendre les autres et à s'en rapprocher.

Il existe aussi – il faut le dire pour être complet – des situations où la crise ne se résout jamais complètement et perdure. On appelle cela un «ressassement névrotique», à savoir une sorte de prise d'identité de victime. J'ai fait une trentaine de cafés-deuils l'automne dernier et ce printemps. Et je constate que malheureusement certaines personnes ont quelque part décidé inconsciemment qu'elles ne pourraient jamais sortir de leur deuil. Je me souviens d'un café-deuil où était présente une connaissance infirmière qui, trois-quatre ans en arrière, avait perdu sa fille par suicide. Je savais qu'aujourd'hui elle allait mieux, qu'elle sortait du tunnel. Dans la salle, une dame qui avait perdu son fils dans les mêmes circonstances a tapé sur la table en disant: «C'est un deuil dont on ne sort jamais!» Je ne savais pas quoi lui dire. Je me suis alors tournée vers cette infirmière que je connaissais et lui ai demandé: «Qu'auriez-vous envie de dire à cette dame?» «J'aurais envie de vous dire que j'ai connu le même événe-

ment. Même si bien sûr on le vit tous différemment. Cela fait bientôt trois ans et maintenant je vois qu'il y a de la lumière au bout du tunnel.» Intriguée, l'autre dame n'a cessé de la regarder. Puis, elle est venue vers elle. A la fin, toutes deux sont restées un moment ensemble. D'où mon constat: celui qui a vécu un drame de même nature est autrement plus puissant pour parler à la personne en souffrance que tout autre. Cette communication de cœur à cœur permet parfois à la personne qui est dans ce ressassement d'en sortir et d'entrevoir une lueur d'espoir.

Je crois aussi que lorsque l'on a accepté qu'il existe des situations où l'on ne peut pas faire ce qu'on souhaiterait faire, il est plus facile d'accompagner ces personnes. C'est en acceptant leur rythme que de petits miracles peuvent se produire.

L'expérience de la crise et de sa résolution fait également ressortir des questions liées à la recherche de sens: «Pourquoi moi, pourquoi maintenant, pourquoi cela m'est arrivé?» Et c'est souvent à ce moment que l'on apprend qu'à tous ces «Pourquoi?», il n'y aura pas de réponses. De plus en plus de gens autour de moi prennent conscience qu'il ne faut pas à tout prix chercher à répondre à ces questions. L'idéal? Diviser le mot «pourquoi» en deux et se demander «Pour quoi?»

Si tout peut s'effondrer subitement, si rien n'est certain, on peut se demander ce qui est essentiel, ce qui perdure. Le vécu de la crise peut favoriser ce ques-

tionnement personnel. Dans le meilleur des cas, il permet de prendre un nouveau départ, pour quelque chose de beaucoup plus central et de plus proche de ce que la personne désire vraiment vivre.

En conclusion, j'aimerais simplement vous citer un petit texte de la psychologue française Marie de Hennezel: «L'être humain ne se réduit pas à ce que nous voyons ou croyons voir. Il est toujours infiniment plus grand, plus profond que nos jugements étroits ne peuvent le dire. Il n'a enfin jamais dit son dernier mot. Il est toujours en devenir, en puissance de s'accomplir, capable de se transformer à travers les crises et les épreuves de la vie.» Ceux d'entre nous qui travaillent avec ces personnes apprennent beaucoup à leur contact, notamment qu'il est possible de donner un nouveau sens à sa vie. Et ces personnes nous le disent: la vie est quelque chose de formidable et mérite d'être vécue.

(1) [www.vivresondeuil-suisse.ch](http://www.vivresondeuil-suisse.ch)

(2) George A. Bonanno, «De l'autre côté de la tristesse», Le Dauphin Blanc, 2011.

(3) Julius Segal, «Winning Life's Toughest Battles: Roots of Human Resilience», Ivy Book, 1987 (1986).

(4) Christian Bobin, «L'autre visage», Lettres vives, 1991.

# ***Moins de biens, plus de liens***

**Laurent Crampon**  
Coach, directeur  
de DCL Management, Martigny



**P**risonnier d'une anxiété très forte durant de nombreuses années, je veux témoigner aujourd'hui de mon parcours et des outils qui m'ont aidé à passer ce cap. Mon objectif ici est d'apporter une note d'espoir à celles et ceux qui souffrent de troubles anxieux.

A l'heure où je vous parle, je ne me considère pas comme totalement guéri, même si je vais beaucoup mieux. Avec l'expérience et l'aide de professionnels, j'ai appris à mieux me connaître et à appliquer au quotidien des outils pour mieux vivre.

## ***Descente aux enfers***

Durant 20 ans, j'ai dirigé des magasins d'optique. J'avais une bonne équipe et travaillais à 150%. C'est alors qu'une attaque de panique m'a frappé. N'ayant jamais vécu auparavant un tel phénomène, je suis allé consulter mon médecin, qui m'a parlé de stress et de fatigue et m'a conseillé de prendre une bonne semaine de repos.

J'ai suivi ses recommandations et suis parti me détendre. Mais les crises, à raison de deux ou trois par jour, ont perduré les semaines suivantes. Au point que je me suis retrouvé complètement déstabilisé, déstructuré. En trois mois, j'avais perdu 10 kilos. Je me suis aussi isolé. Je ne travaillais plus, ne parlais plus, ne parvenais plus à regarder quelqu'un en face. Irritable, stressé, je n'avais qu'une envie: fuir.

Si j'entrais dans un restaurant, je choisisais une table à l'écart et si possible proche de la porte, pour sortir rapidement au besoin. Je me rappelle: quand le serveur me présentait la carte des desserts, c'est le moment où je sentais poindre la crise. Mon poids montait à 150-160 et un besoin de fuir me submergeait. Incapable de dialoguer, je laissais sur place ma femme et mes enfants et m'en allais. Je vivais avec un véritable sentiment de honte.

J'ai aussi pourri la vie de mes enfants. Cette peur permanente tournant à la paranoïa non seulement vis-à-vis de moi, mais également de mon entourage

me faisait toujours imaginer des scénarios catastrophes. Par exemple, j'avais supprimé les vélos de mes enfants, par crainte des accidents. Bref, ma vie était devenue un enfer.

## ***Retour à la vie***

La première phase a consisté à accepter la situation et à demander un soutien éclairé. Seul, je n'y serais pas arrivé. J'ai eu la chance de rencontrer une thérapeute cognitivo-comportementaliste qui a su écouter mes besoins.

Cette thérapie s'est avérée très efficace. Par le biais d'exercices, je suis parvenu peu à peu à dialoguer à nouveau avec un interlocuteur sans voir naître ce sentiment de culpabilité, sans me sentir jugé. Ce suivi a duré une année.

La famille, les amis, la culture m'ont aidé et m'aident au quotidien à progresser. Pendant plusieurs mois, j'ai dû leur sembler excessivement pénible, leur posant des questions sur tout et n'importe quoi. Je leur ai expliqué qu'il n'était en rien responsable de ma souffrance et que je souhaitais tout mettre en œuvre pour aller mieux, pour me soigner. Je les ai également rassurés sur ma condition en leur précisant que je n'étais nullement en danger.

J'ai aussi appris à oser dire non avec bienveillance et cela demande un vrai entraînement et du courage.

Aujourd'hui, j'arrive à prendre du recul, à définir ce qui est vraiment bon pour moi et pour mes amis, à me fixer des objectifs réalistes.

## ***La force de l'instant présent***

Lors de ma première séance chez ma thérapeute, sa première question a été: «Monsieur Crampon, quel est votre rêve?»

— Mon rêve serait d'être un super grand-père, de prendre mes petits-enfants sur les genoux, de leur raconter des histoires, de leur faire la lecture, lui ai-je dit.

— Mais quel âge avez-vous? m'a-t-elle demandé.

— 37 ans, ai-je répondu.

— Vous ne croyez pas que c'est un peu tôt pour penser à être grand-père? m'a-t-elle fait remarquer.

Elle m'a ramené au présent: «Que pouvez-vous faire maintenant pour vous sentir mieux?»

S'ancrer dans le présent est devenu essentiel pour moi, notamment pour lutter contre le stress et l'anxiété au quotidien.

Il y a deux ans, mon frère s'est suicidé au travail et je connais la nécessité d'être gentil avec soi et l'impact que peut avoir la malveillance, notamment dans le monde de l'entreprise.

## ***Atteindre ses objectifs***

Pour réaliser ses objectifs, il faut passer du rêve à l'action. Ce qui revient aussi à se demander de quelles ressources on dispose pour concrétiser ses attentes et gérer les priorités.

Me trouver ici, devant vous, transmettre mon expérience, définir mes outils d'intervention dans mon métier de coach est un excellent exercice, même s'il est loin d'être facile.

Pour y parvenir, je me suis fixé un premier objectif: ne pas chuter devant vous! Bien que mineur, cet objectif m'a permis de diminuer mon anxiété.

Puis, j'ai décidé de mettre une distance avec les regards qui ont tendance à juger. Et là, je ne peux m'empêcher de me rappeler qu'auparavant j'ai personnellement beaucoup jugé les personnes qui souffraient.

Pour moi, ils n'avaient pas vraiment envie de s'en sortir... Il leur suffisait de passer à l'action, de se «bouger le derrière». C'était aussi facile que cela. Malheureusement, tous n'ont pas la même capacité de s'en sortir. Cette aptitude au changement, il est important de la considérer avec bienveillance, de ne pas faire abstraction des difficultés existantes, d'être à l'écoute et de rester vigilant, quitte à refréner ses exigences.

Jusqu'à présent, j'ai animé plus de 130 groupes de soutien lors desquels je par-

tage mes expériences. Les participants qui interviennent, je préfère les écouter sans leur suggérer de potion miracle, juste être là. Les échanges sont souvent extraordinaires. En dépit de leurs souffrances, le rire et l'humour sont fréquemment de la partie. Et c'est ainsi que de nouvelles perspectives pour s'aider soi-même se dessinent.

A mon avis, la méditation est une ressource déterminante. Vous ne pouvez imaginer à quel point dix minutes de respiration peuvent diminuer l'anxiété. Un exemple: quand mon frère est décédé, nous avons dû annoncer sa mort à une de nos sœurs installée au Canada. Impossible de lui dire les circonstances de sa disparition par téléphone. J'ai été désigné pour lui parler lors de son arrivée à l'aéroport de Genève. Durant l'attente, j'ai rencontré par hasard une personne pratiquant la méditation. Elle m'a proposé de me livrer à cet exercice pendant 10 minutes, le temps que ma sœur arrive. Et cela m'a beaucoup aidé. Plus décontracté, moins dans l'émotion, j'ai pu mieux lui communiquer la nouvelle, me montrer proche d'elle et être à l'écoute de sa souffrance.

## ***Ecrire pour avancer***

Souvent, nous nourrissons des pensées limitantes. J'ai appris grâce à ma formation en PNL (programmation neuro-linguistique) à décortiquer ce qui se passe dans mon cœur, dans mon cerveau, lorsque je reçois une information et quelles actions vont en résulter.

Avant, j'étais le champion du monde des pensées limitantes et je le suis d'ailleurs encore un peu aujourd'hui. Je me dis parfois: «Je ne vais pas être capable de parler, je ne vais pas être pertinent, etc.»

Le fait de décomposer, de disséquer ce type d'information, de me demander pourquoi j'ai envie de fuir, pourquoi je ressens telle ou telle chose me permet d'accepter ces émotions et de mieux gérer mon anxiété. Ecrire ce type de pensée m'aide à le faire. Depuis une dizaine d'années, je tiens un carnet qui contient quatre chapitres.

Dans la première partie, j'inscris mes ruminations, du genre: «Je ne vais pas y arriver, ça va être difficile...» Sur une autre colonne, je note ce que ces pensées provoquent en moi.

Une seconde partie de mon carnet est consacrée aux erreurs que je commets dans ma vie de tous les jours et à la manière dont je vais les réparer pour ne pas les répéter.

Dans la troisième partie, je note mes progrès et, dans la quatrième, les idées qui me font avancer. Par exemple, d'agir uniquement sur ce qui dépend de moi, conseil que j'ai repris du «Manuel» d'Epictète et que j'essaie d'appliquer dans mon quotidien. Autre exemple: réaliser que j'ai le droit à l'erreur. Spinoza ne disait pas d'ailleurs que «l'erreur est le commencement de la connaissance»?

Le fait donc d'écrire – j'appelle l'encre les larmes de mon âme – me permet de poser ce que j'ai dans la tête, de le mettre sur le papier. Rien que cela diminue mon anxiété. Cela m'apprend aussi à me responsabiliser et à progresser à mon rythme. Ce carnet est en permanence dans mes affaires.

Ce n'est qu'une partie de mes outils, en douze ans j'ai constitué une énorme caisse à outils. Je suis devenu ainsi un vrai ouvrier de la gestion et de l'anxiété. Tout ce cheminement m'aide aujourd'hui à évoluer et à me sentir toujours mieux.

Moins de biens plus de liens, c'est ma devise!



# Le choix de vivre

## Marie-Lise Labonté

Psychothérapeute, formatrice et écrivaine, Québec, Canada



**A**u cours de ma vie, j'ai expérimenté de nombreuses crises ou points de rupture qui m'ont aidé à découvrir le potentiel incommensurable de vie, cette force d'amour, de créativité que nous portons tous en nous. De ces épreuves, mais aussi de celles d'autres personnes que j'ai rencontrées, j'ai tiré un livre, intitulé «Le point de rupture». (1)

## Descente aux enfers

A 21 ans, alors que je menais une vie bien rangée d'étudiante en orthophonie, une maladie physique incurable m'a été diagnostiquée. Je me serais plutôt attendue à une maladie psychique, tant j'étais habitée par des formes de pensées d'autodestruction, et même de suicide. Ma vie était en fait la stricte mise en application de ce que mes parents voulaient pour moi et je m'ennuyais à mourir. Il y avait à l'intérieur de moi un fond de révolte, de colère sauvage. Une partie de moi me disait bien: «Mais tu peux sortir de là! Personne ne t'oblige à faire des études universitaires et à suivre la voie

parentale.» J'étais pourtant bien incapable de faire le pas. Une année après, je me suis mise à souffrir physiquement et le diagnostic d'arthrite rhumatoïde a été posé.

Du jour au lendemain, j'ai eu le sentiment que ma vie s'arrêtait, avec un très fort sentiment d'être «anormale». Pendant les quatre ans qu'ont duré mes études universitaires, la maladie a gagné toujours plus de terrain. Un rhumatologue m'a prescrit des médicaments pour moins souffrir dans mon corps. J'ai consulté aussi un psychiatre psychosomatique qui m'a aidée à réorganiser et à réélaborer mes émotions destructrices, ainsi qu'à accepter que j'étais peut-être différente de l'idée que mes parents avaient de moi. J'attendais de ces professionnels de la santé qu'ils me guérissent. Eux faisaient bien entendu leur maximum, mais mon corps se raidissait toujours plus et la perspective du fauteuil roulant se rapprochait de jour en jour. Pour la jeune femme de 25 ans que j'étais, le pire résidait dans l'incapacité de vivre une sexualité épanouissante. Mais cela m'a aussi servi de déclic. J'ai

pris soudainement conscience que la vie en moi essayait d'exprimer quelque chose que je ne voulais ni entendre ni voir ni ressentir. Ce fut le point de rupture et, en même temps, le début d'une descente aux enfers.

## ***Une autre image***

Sous forme de rêve éveillé, mon inconscient m'a envoyé une image de moi-même à l'âge de 45 ans: je paraissais complètement détruite et j'allais mourir. J'ai décidé alors de dire non à cette vision. Un choix se posait devant moi: la vie ou la mort. Je possédais un livre de Thérèse Bertherat, intitulé «Le corps a ses raisons».(2) Pour cette kinésithérapeute, notre corps nous appartient et il est bénéfique de bien l'habiter, d'en faire un ami. J'avais même acheté les balles de tennis, comme suggéré dans ce livre, pour libérer les tensions musculaires. Et, grâce notamment à cette lecture, un processus d'éveil s'est mis en place.

A 25 ans, j'ai pu ainsi reprendre mon corps en main. Profondément ancrée en moi, une voix intérieure me disait: «Il est important que tu réhabites ton corps, ta vie et que tu reprennes possession de cette maladie.» Cette maladie, pendant les quatre premières années, je la «donnais» en fait aux autres, leur demandant implicitement de la vivre à ma place. Quoi de plus naturel d'ailleurs comme réflexe, lorsque l'on traverse une crise? Il a fallu que je me rende jusqu'au bout du tunnel, que je fasse cette descente aux

enfers pour décider enfin d'accueillir l'évidence que je souffrais d'arthrite rhumatoïde. Et décider aussi que je n'allais pas me laisser «charcuter» par les chirurgiens, ce qui arrive lorsqu'il faut remplacer les articulations prématurément usées.

Dans les moments de crise, j'ai pris conscience qu'une partie de moi adoptait un statut de victime, ce qui entretenait la maladie dans mon corps physique. Cette dimension psychique, très subtile, j'étais la seule à pouvoir la reconnaître, ce qui expliquait l'impuissance de mon psychosomaticien. Sur la base de cette expérience, je me suis vraiment libérée de cette maladie incurable et ma vie s'est transformée. Mais cela ne s'est pas fait du jour au lendemain.

## ***Retrouver son potentiel de vie***

Comment se guider soi-même ou guider l'autre pour que l'épreuve devienne l'occasion de retrouver un sens profond et de se laisser transformer? Il faut préciser d'abord que la gravité d'une épreuve ne dépend pas de la violence des faits vécus, mais de ce que ceux-ci viennent réveiller en nous. L'épreuve se définit donc selon moi comme un événement qui, soudainement, va bouleverser la vie, la rendre différente: aujourd'hui n'est plus comme hier et demain ne ressemblera plus jamais à avant.

Lorsqu'un drame vient nous frapper de plein fouet, il n'est pas rare qu'un

moment d'extase se produise chez l'individu touché. L'épreuve a en effet la capacité de nous décuirasser en une seconde, comme sous l'effet de la foudre. Soudainement, toutes les protections que notre ego avait maintenues bien en place pour se protéger des événements difficiles de la vie sautent. Et, évidemment, ce qui reste après, c'est une sorte d'état de grâce, de puissance aussi, d'état de vie qui est toujours là, à l'intérieur de nous, et que l'épreuve vient révéler. Cette forme d'euphorie peut cependant se révéler dangereuse, car elle peut signer l'amorce d'une crise ou d'une inflation psychique, avec beaucoup de difficultés à revenir par la suite sur terre.

Ce sentiment d'euphorie survient aussi parfois chez le survivant, c'est-à-dire celui qui s'en est sorti après un gros accident, une agression, etc. La personne réalisera tout à coup qu'elle est bel et bien vivante, avec un sentiment de puissance qui peut durer une heure, un jour, des semaines. Il s'agit là d'un moment d'éveil généré par l'abaissement des défenses de son ego. Lorsque ce ressenti perdure, il y a par contre risque d'entrer dans un processus inexorable d'inflation et dans un état de crise psychique.

Face à l'épreuve, les verrous intérieurs ont donc tendance à sauter. Certaines personnes auront le réflexe de tout vouloir refermer à double tour. En effet, l'épreuve nous amène en présence de sentiments de perte difficiles à vivre. Pour mon livre «Le point de rupture», j'ai interrogé de nombreuses personnes et toutes rapportaient que, quelle que

soit l'épreuve, elles avaient vécu cette sensation d'avoir perdu quelque chose ou quelqu'un.

Au-delà de ce que l'épreuve nous fait perdre de concret, que ce soit un être cher, un emploi, l'intégrité de son corps, c'est aussi une dimension de soi qu'on avait l'impression de contrôler qui est perdue. «C'est pas possible qu'il meure avant moi», se répétait-on avant que le drame ne survienne. C'est ce que moi j'ai vécu, lorsque mon époux a été assassiné. En deux petites minutes, il avait disparu de ma vie. Le sentiment de perte vient réveiller en nous une blessure insondable. Et c'est face à cette blessure que la crise peut s'installer.

Les chocs de la vie réveillent aussi en nous des forces instinctives. Par exemple, si un proche se fait attaquer, blesser ou tuer devant soi, on sera très certainement pris par l'envie de sauter à la gorge de l'agresseur. Le problème? Nous ne savons pas gérer ces forces, ce n'est pas quelque chose qu'on nous apprend à l'école.

## **Négocier avec ses instincts**

Lorsque mon mari s'est fait assassiner, j'ai eu un réflexe instinctif, partagé d'ailleurs par de nombreuses personnes confrontées au trauma: un désir hallucinant de faire l'amour. Pensez-vous que cela soit accepté socialement? Une veuve joyeuse. Non! Des réactions instinctives se produisent aussi dans les couples qui

ont perdu un enfant. La femme dit: «Vite, on en fait un autre!» Et le mari de répondre: «Mais ça ne va pas la tête, t'es complètement folle! On n'a même pas pleuré notre enfant que tu veux faire un autre enfant.» Toutes ces réactions sont des mécanismes de survie et visent à poursuivre la survie de l'espèce, à protéger les siens.

La personne qui a connu l'épreuve et qui est en crise doit négocier avec de tels instincts. Si ceux-ci ne sont pas compris et gérés, ils peuvent devenir déséquilibrants. C'est ce qui arrive chez l'individu qui, soudainement, se réveille un matin avec l'envie de tuer ses enfants. Cet instinct meurtrier, on le retrouve chez les enfants, chez les adolescents et chez les adultes. Il fait partie d'une réaction de survie. Face à la crise ou à l'épreuve, il faut donc non seulement s'adapter à une vie radicalement transformée, mais aussi savoir gérer ces forces instinctives qui nous mobilisent.

Le système que l'on forme avec son entourage va aussi souffrir de cette crise. La personne touchée ne pourra plus occuper la même place ou position, ce qui viendra perturber le fonctionnement habituel de ce système. Les familiers chercheront souvent à maintenir un statu quo: «Tu vas voir, avec le temps, ta vie redeviendra comme avant!» Ce qui est bien entendu une totale illusion. De mon côté, j'ai entendu ma grande sœur me dire que finalement, mon mari, n'était peut-être pas un si bon mari. Ma sœur n'a pas prononcé ces paroles par méchanceté. Elle essayait juste de m'aider.

La crise, lorsqu'elle se présente, ne peut être évitée. Comme nous l'avons dit, elle se vit par les instincts que l'on cherchera peut-être à ne pas entendre. Elle s'exprime aussi au travers de mécanismes de protections qui nous pousseront à très (trop) vite vouloir retrouver un sens à sa vie, sans réelle transition. Chercher à reconstruire sa vie détruite comme avant est proprement impossible, puisque vous n'êtes plus la même personne.

## *Forces d'autoguérison*

L'épreuve vient nous chercher dans nos plus grands retranchements. Des limites sont cependant posées par notre corps. Celui-ci est dépositaire d'une intelligence de vie, d'une sagesse. La psychosomatique montre en effet qu'avant qu'une maladie incurable ne se déclenche, trois stress majeurs ou épreuves sont vécus par l'individu. Lorsque celui-ci absorbe l'onde de choc de l'épreuve en serrant les dents, en mettant en place des mécanismes de protection sur le plan psychique, le corps, lui, absorbe dans sa chair cette même onde de choc. Une fois, deux fois, mais au bout de la troisième fois, les symptômes d'une maladie physique ou psychique, souvent très grave, se manifesteront.

Ces événements précurseurs, il est très important de ne pas juste les connaître psychologiquement, mentalement, mais aussi de les reconnaître dans ce qu'ils ont à nous apporter sur le plan de la connaissance de soi. Nous fonctionnons souvent avec une personnalité qui croit

tout savoir, tout connaître, tout comprendre. L'épreuve nous met en présence d'un très grand mystère que nous pensons pouvoir résoudre très vite. Et cela rejoint une tendance générale dans notre société, celle de ne plus avoir de respect devant les mystères auxquels nous sommes confrontés dans nos vies, notamment ceux relatifs à la vie et à la mort.

Comment réagir intérieurement face à ces mystères? Allons-nous les refuser ces mystères? Les dénigrer? Est-ce qu'ils seront sources d'un sentiment d'impuissance ou porteurs d'un élan contemplatif devant l'insondable? A mon avis, dans cette posture d'humilité devant le mystère se trouve une clé majeure de la guérison et notamment de la capacité de notre corps à s'autoréparer. Si l'on stimule, à l'aide d'un outil thérapeutique, l'hémisphère droit du cerveau d'une personne, celle-ci entrera alors dans un état de conscience altéré et perdra momentanément toute notion du temps. «Ca m'a paru long», dira-t-elle. Ou encore: «Je n'ai pas vu le temps passer.» Face à cette expérience, le temps linéaire n'existe plus et nous accédons à ce que j'appelle l'«espace d'un non-temps», un lieu – on pourrait dire – où nos perceptions se transforment. Un lieu où l'on se sentait enfermé auparavant et où l'on fait soudain l'expérience d'une ouverture. Alors la guérison est possible.

Le corps s'autorépare, comme le montrent des recherches menées aux Etats-Unis. Celles-ci ont montré que le péricarde des personnes ayant connu

une maladie cardiaque importante et qui effectuaient des exercices de type relaxation à un rythme de trois fois vingt minutes par jour s'était réparé au bout de quelques mois. En stimulant par ses exercices l'hémisphère droit de leur cerveau, toute notion de temps était suspendue momentanément, donnant accès à ce que j'appelle plus haut un «espace de non-temps» qui mobilise les forces régénératrices.

## **Apprendre à s'accompagner**

Comment sortir de l'enfermement d'une crise, de l'épreuve qu'induit ce travail de transformation et retrouver le goût et l'élan de vivre? Non pas de façon factice, à coups d'«il faut que je fasse...» ou d'«il faut que je sois...», mais authentique?

Après la crise, la vie n'a souvent plus de sens et, pour notre ego, pour notre personnalité, cela est intolérable, d'autant plus que notre société nous impose souvent de trouver ce sens à tout prix. Bien entendu, il est important d'avoir une direction, un alignement, mais quand l'épreuve nous défait en mille morceaux, la reconstruction se vit individuellement, à des rythmes différents pour chacun. Pour ma part, j'ai souvent entendu des phrases du type: «T'en as pour un an avec ton deuil.» Je respecte ces encouragements, sauf que pour la personne qui sait au plus profond d'elle-même qu'une partie d'elle veut mourir, cela est extrêmement pénible à entendre. Alors oui, il faut se reconstruire. Mais, il faut du

temps. Les intervenants sociaux, les professionnels de la santé et les proches doivent le comprendre. Impossible de reconstruire un sens sur une base qui vient d'être effacée par un raz de marée, encore instable et mouvante. Certaines émotions profondes ont besoin d'être reconnues et ce processus nécessite un temps d'écoute, sans garantie aucune qu'au bout de six mois, ce sera le bonheur total. Et c'est cela le mystère du potentiel de guérison.

Pour ma part, le jour où j'ai vraiment choisi que j'allais m'en sortir, que j'allais accompagner la partie de moi qui souffrait au lieu de me battre avec elle et de créer encore plus de tensions, je n'avais aucune idée du temps que ce processus de guérison allait prendre. Il était difficile aussi d'expliquer pourquoi je voulais séjourner à Paris, malgré ma maladie, et comment, de manière mystérieuse, une partie de moi savait que cela participerait à ma guérison.

Prendre la décision d'accompagner cette partie de nous qui est en crise n'est pas pour autant facile. Lorsque de mon côté j'avais de terribles crises d'arthrite rhumatoïde, j'arrivais pourtant à me dire: «Il y a une partie de moi qui est intacte». Cela m'a beaucoup aidé de réaliser que nous sommes infiniment plus vastes... Et le rôle de l'intervenant prend tout son sens, non pas en considérant l'autre comme quelqu'un de malade, mais comme quelqu'un d'intact qui peut accompagner la partie qui est malade en lui.

(1) Marie-Lise Labonté, «Le point de rupture. Comment les chocs d'une vie nous guident vers l'essentiel», Albin Michel, 2009 (paru au Québec sous le titre: «Le choix de vivre»).

(2) Thérèse Bertherat, «Le corps a ses raisons. Autoguérison et anti-gymnastique», Le Seuil, 1998 (1976).



---

## **Quand la maladie psychique frappe, cinq lieux où parler!**

### **Graap Lausanne**

Réception et direction

Du lundi au vendredi, 9 h - 12 h, 14 h - 17 h

Rue de la Borde 25, Case postale 6339 - 1002 Lausanne

Tél. 021 647 16 00 - Fax 021 641 25 83

info@graap.ch, www.graap.ch

Accueil, ateliers, animations

Restaurant Au Grain de Sel

Rue de la Borde 23

Tél. 021 646 95 98 (cabine)

Du lundi au vendredi, 7 h 30 - 20 h

Dimanche, jours fériés, 8 h 30 - 20 h

### **Le Cybermag**

Accueil, kiosque et cybercafé

Du lundi au vendredi, 9 h - 17 h

Site de Cery - 1008 Prilly

Tél. et fax 021 647 03 89

### **La Roselière**

Accueil, ateliers, animations / Restaurant

Du lundi au vendredi, 9 h - 17 h

Rue de la Roselière 6 - 1400 Yverdon-les-Bains

Tél. 024 426 34 33 - Fax 024 426 34 37

### **La Berge**

Accueil, ateliers, animations

Du lundi au vendredi, 9 h - 16 h 30

Route de Divonne 48 - Centre Articom, 2<sup>e</sup> étage - 1260 Nyon

Tél. 022 362 16 45 - Fax 022 362 16 14

### **La Rive**

Accueil, ateliers, animations

Du lundi au vendredi, 9 h - 12 h, 14 h - 17 h

Cafétéria: du lundi au vendredi, 8 h 45 - 15 h 30

Rue du Mûrier 1 - 1820 Montreux

Tél. 021 965 15 20 - Fax 021 965 15 22

## **Impressum**

### **Editeur**

Graap-Fondation

### **Responsable des secteurs Communication et Editions**

Laetitia Grimaldi

### **Responsable d'édition et de rédaction**

Joël Meylan

### **Mise en pages**

Joël Meylan

### **Retranscription et adaptation**

Marika Delachaux,  
Darrel Demuth, Philippe  
Duc, Monique-Anne  
Favre, John Gfeller,  
Jonathan Isgro, Josiane  
Karlen, Filomena  
Pasche

### **Correction**

Laetitia Grimaldi  
Joël Meylan

### **Photos**

Matthieu Gigon

### **Impression**

Sprint  
Votre Imprimeur SA

© Tous droits réservés

Vente au numéro  
15 fr.

UBS Lausanne  
IBAN CH 68 0024 3243  
1176 3401 K



15.-

