

PANDÉMIE, CONFINEMENT ET CRÉATIVITÉ

DANS LES PRATIQUES

VIOLAINE DE DOMPSURE et MARIE D.

PAUL BÉRAUD,
LISE CANDIAGO,
CAROLINE PENET,
AURÉLIE VITTOZ et HERMINIE LECA

AUDREY JUTEAU

PAULINE SALVETAT

BLANDINE BRUYÈRE

YVES FRANCIS NANKAP
et LEONARD NGUIMFACK



Ingrid Thobois, 2022, *La fin du voyage*
Ed. Labor et fides, collection Lignes intérieures, 110 p., 16 euros

JEAN-MARC TALPIN

Cela s'appelle la grâce. Merci Ingrid Thobois, pour ce temps de grâce partagée, et qui se prolonge au-delà du temps de la lecture, et que l'on a envie de partager à son tour, car ce n'est pas si souvent.

C'est quoi, la grâce ? On ne sait pas la définir. Mais on sait quand elle est là. Ou alors on a peur de l'amour et l'on se sauve, on fait un détour. Mais le plus heureux, c'est d'y plonger, ou de s'y laisser porter.

La fin du voyage, c'est de la géographie physique, comme le terme est riche ! tout autant que de la géographie intime, sous le signe, en partie dépassé par l'auteure, de Nicolas Bouvier : lisez *L'usage du monde*, en poche, chez Payot, dont Ingrid Thobois parle si bien en le découvrant des méprises qui le recouvrent ; N. Bouvier qui écrivait : « On croit qu'on va faire un voyage mais bientôt c'est le voyage qui vous fait. » Ingrid Thobois part en voyage à la fin de l'adolescence, à l'entrée, en quelque sorte repoussée, dans l'âge adulte ; elle se retrouve un peu prisonnière de cette image d'écrivaine-voyageuse, elle qui dit si simplement, si justement, qu'elle n'a pas aimé voyager, que ce n'était finalement pas ce qu'elle cherchait. Elle a aussi fait le voyage intérieur dans une cure psychanalytique. Au fond, elle avait déjà trouvé : écrire. Ainsi a-t-elle pu se poser, même si elle a vécu, et vit encore à l'étranger, ce qui est autre chose, elle le souligne, que voyager.

La grâce, écrivais-je. Ce n'est que très rarement une expérience continue. Dans *La fin du voyage*, elle n'est pas continue mais portée par tant de moment qui sont, au fond, d'amour (parental, reçu ou donné, conjugal, mais là Ingrid Thobois est pudique, amical : ce portrait plus que touchant d'Eliane Bouvier, cf. ci-dessous), de poésie, de profonde justesse, tout ceci dans une vraie simplicité d'écriture.

Alors, l'envie de partager l'emporte.

En outre, ma mère est de ces femmes que la grossesse a extasiée, que la maternité a ravie, dont la mémoire n'a rien gardé de l'ivraie, et dont la patience défierait toute unité de mesure.

Mais j'étais encore une jeune fille dont la timidité passait pour de l'orgueil, et qui écrivait de manière compulsive en mettant des adverbes partout.

Et, parlant de la veuve de Nicolas Bouvier : Quelques minutes ont suffi à ce qu'Eliane cesse d'être la veuve de Nicolas, et c'est lui qui en est devenu l'époux.

Et enfin, manière de dire l'amour et la gratitude, la liberté aussi : Pour ma part, ayant tellement reçu à la naissance, je n'ai jamais ne serait-ce que songé à hypothéquer mon présent pour assurer un avenir.

La grâce, donc, et les vœux d'un bel à venir d'écriture.

EDITORIAL

JEAN-MARC TALPIN

Très vite après le début de la pandémie, l'équipe de rédaction de Canal Psy s'est dit qu'un futur numéro devait porter sur cette expérience qui bouleversait notre quotidien et nos pratiques. A l'époque, au printemps 2020, par rapport au Covid (plus tard, l'académie française proposerait « la » Covid), suite au discours martial du président de la république, dominait l'incompréhension, la mort envahissante et la réponse : le confinement, expérience mondiale et singulière à la fois, inédite. A l'époque, si proche, si lointaine, dominait le modèle classique d'un avant et d'un après, d'un pendant de crise et d'un après sur le mode du retour à la normale (un farceur écrivit : retour à l'anormal !). Mais les rebonds épidémiques eurent raison de cela, apparut le modèle des vagues : 1ère, 2ème, 3ème, 4ème... et l'évolution des règles sanitaires, jusqu'à leur quasi complète disparition à l'été 2022, alors qu'une nouvelle vague à deux variants relançait à la hausse le nombre de malades.

Très vite, l'équipe de rédaction lança un appel à publication. Certain.es répondirent tôt, pris dans l'urgence de témoigner, d'essayer d'en penser quelque chose alors que chacun.e, des politiques du gouvernement aux professionnel.les sur les terrains et aux citoyen.nes de toutes catégories, semblait naviguer à vue, entre mensonge d'état (« le masque ne sert à rien »), et implication et/ou angoisse personnelles. D'autres répondirent plus tard, ayant besoin d'être un peu déga.és de l'immédiateté, ayant besoin d'un temps d'après-coup qui, en réalité, demeurait un sur le coup des répétitions pandémiques et des mesures sanitaires aussi protectrices que privatrices de libertés.

Ces différents temps, en particulier celui du premier confinement, furent autant marqués par l'angoisse, le retrait, le repli, que par l'engagement, la créativité, le développement de formes inédites de liens (solidarité, créativité, professionnalisme, humour, applaudissements...). C'est de cela que témoignent les différents articles et témoignages ici réunis, sur différents terrains des pratiques des psychologues, en particulier sur des terrains cliniques.

Aussi ajouterons-nous dans cet éditorial ce qu'il en fut de et à l'université, prise qu'elle fut, comme l'ensemble de la société, dans les mesures sanitaires de confinement, puis d'évitement des rassemblements quantitativement importants, avec puis sans masque, gel hydroalcoolique... Après un temps de flottement, le temps pour que nous inventions, collectivement et individuellement, de nouvelles modalités pédagogiques à distance, le temps que nous nous familiarisions avec et nous appropriions de nouvelles (pour beaucoup) modalités techniques (Zoom et autres...), se mirent en place des cours à distance, de nombreux échanges de mail, des cours sur écran... Nous n'avons pas fini d'en prendre la mesure, entre crainte et/ou risque que cela devienne la norme et assouplissement compte-tenu des réalités de chacun : cours en présence, à distance, mixtes...

Canal Psy lance ici un nouvel appel à témoignage, cette fois du côté de l'enseignement, du point de vue des étudiants, des personnels administratifs, des enseignants-chercheur : quel a été, à l'université, votre expérience de la pandémie, des mesures sanitaires, des expérimentations pédagogiques ? Quels en sont les effets sur l'actuel ?

Un mot encore, pour finir : j'ai occupé, pendant quelques années, la fonction d'enseignant référent (comme nous disons) de Canal Psy, dans une coopération régulière et agréable avec Marc-Antoine Buriez, qui assure toute la mise en page, tout le travail d'édition, et bien plus que cela, de notre et de votre revue. Ce fut une belle et riche aventure. Elle se termine avec ma prise de retraite, au 1er septembre 2022. Je me réjouis que la relève soit assurée ; Raphaël Minjard prend la suite, entre continuité et innovation. Je lui souhaite, ainsi qu'à M-A. Buriez et à chacun des futurs contributeurs, de beaux et féconds nouveaux numéros.

SOMMAIRE

Pandémie, confinement et créativité dans les pratiques

- Une expérience de la rupture. Patiente : un récit à distance.
par Violaine de Domsure et Marie D. p.5
- La crise Covid à l'hôpital psychiatrique. Mise en œuvre d'un dispositif téléphonique d'information et d'orientation en psychiatrie.
par Paul Béraud, Lise Candiago, Caroline Penet, Aurélie Vittoz et Herminie Leca p.16
- La traversée de la crise sanitaire en centre de rééducation : des projets culturels pour cultiver nos ressources et résister ?
par Audrey JUTEAU p.23
- D'une unité psychiatrique en temps de Covid à la création d'un groupe musique.
par Pauline SALVETAT p.30
- Blandine Bruyère chez les Cosaques. En direct d'Ukraine.
par Blandine BRUYÈRE p.37
- Vécu de la culpabilisation, sens et enjeu des infractions de langage chez le jeune délinquant. Analyse d'un cas.
par Yves Francis NANKAP et Léonard NGUIMFACK p.40

CANAL PSY

Directrice de la publication : Nathalie DOMPNIER, Présidente de l'Université, Nathalie.Dompnier@univ-lyon2.fr

Directeur délégué : Eric JACQUET, Eric.Jacquet@univ-lyon2.fr

Responsables de la rédaction :

Jean-Marc TALPIN, Jean-Marc.Talpin@univ-lyon2.fr

Raphaël MINJARD, Raphael.Minjard@univ-lyon2.fr

Comité de rédaction : N. BALTENNECK, M-A. BURIEZ, M. DOUMERGUE, E. JACQUET, R. MINJARD, F. OSIURAK, S. ROUAT, et I. TAPIERO

Édition : Marc-Antoine BURIEZ, Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Canal Psy est une revue du département FSP
et de l'Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon 2
5, av. Pierre Mendès France - 69676 Bron Cedex
Tél. 04 78 77 24 76 - <http://psycho.univ-lyon2.fr>

Imprimé par RIME

ISSN 1253-9392

Crédits photos :

Couverture : Marc-Antoine Buriez

UNE EXPÉRIENCE DE LA RUPTURE PATIENTE : UN RÉCIT À DISTANCE

VIOLAINE DE DOMPSURE

Psychologue dans un service de rééducation post-réanimation

MARIE D.

Patiente

Je suis psychologue dans un service de rééducation post-réanimation (SRPR) et je vais vous présenter une ancienne patiente que j'ai rencontrée dans ce service. Nous avons gardé contact après sa sortie de l'hôpital, afin d'écrire un témoignage sur son vécu de l'hospitalisation et sur notre alliance thérapeutique en temps de confinement. J'ai voulu lui donner la possibilité d'un espace pour partager son expérience, elle qui a été coupée de sa capacité de parole par la trachéotomie pendant de longs mois. Lors de son hospitalisation au SRPR, que ce soit à l'écrit ou lorsqu'elle a pu parler avec une valve de phonation, elle ne m'a pratiquement pas évoqué son expérience de la réanimation. C'était trop tôt. Il fallait avancer, ne pas s'attarder sur la souffrance vécue « là-haut », un étage au-dessus. C'était vital.

Ce témoignage, c'est également le moyen de dire à d'autres patients ayant traversé une expérience similaire qu'ils ne sont pas seuls, et de nous aider, professionnels, à nous représenter ce que les patients peuvent vivre, ressentir. En effet, « La réanimation, lieu de l'urgence du faire, est aussi celui du silence de la parole et du bruit des activités et des machines. Elle impose le silence au profit du geste médical et technique qui requiert toute l'attention et relègue la pensée, la relation, la parole au rang d'un luxe ou du moins d'une priorité secondaire » (Grosclaude, 2002, p. 166).

Au SRPR, c'est une autre temporalité, c'est le temps de la récupération, lorsque possible, et non plus de l'urgence vitale.

Mme D. m'a écrit sous forme de lettre, pour me raconter après coup, un an presque jour pour jour, son vécu. En effet, nous nous sommes rencontrés le 20 mars 2020. Mme D. était arrivée dans notre service avec une trachéotomie, comme la plupart de nos patients. Le confinement lié au Covid était prononcé. Nous étions devenus ses seuls interlocuteurs dans le service. Son programme de rééducation s'était mis en place. Elle n'avait pas encore de valve de phonation. Elle arrivait à sortir des sons et à se faire comprendre par un langage non verbal. Elle avait une ardoise pour écrire. Elle est arrivée épuisée et souffrante.

J'étais optimiste : l'esprit cocon du service me rassurait quant à la suite pour Mme D., mais les visites de l'entourage étaient dorénavant interdites. La famille est motrice pour aider à diminuer la souffrance. Mme D. subissait à la fois la maladie et la situation de privation de ses proches, ce qui pouvait exacerber ses ressentis et majorer sa souffrance. Je frôlais la compassion. L'hospitalisation, la maladie sont déjà extrêmes, le confinement ajoutait de la souffrance dans la souffrance.

Je suis venue lui rendre visite pratiquement tous les jours. Ce confinement, que nous avons partagé, a sûrement consolidé notre relation thérapeutique.

Mme D. a été extrêmement courageuse, et a fait preuve d'une grande force mentale. Elle me parlera plutôt, avec humilité, d'une capacité de plasticité que de résilience face à son traumatisme physique et psychologique. Dans l'intention de prendre soin d'elle, je souhaitais la soulager face à l'extrême du contexte dans lequel elle était. J'ai pensé à Jean-Paul Sartre : « Jamais nous n'avons été plus libres que sous l'occupation allemande. » S'extraire de sa chambre par l'esprit, alors qu'elle ne pouvait pas sortir, c'était l'idée. Au fil des jours, nous avons mis en place par co-construction ce qui fut un remède en temps de pandémie : je lui ai proposé de lui lire un texte de méditation guidée avec des thèmes comme le souffle, l'instant présent : c'est devenu un dispositif sur-mesure au gré de ses envies et besoins, permettant de rythmer le quotidien, et selon l'évolution des possibles (au départ dans la chambre puis dehors sur l'herbe).

Il s'agissait de revenir à l'essentiel de la vie. Nous avons pris trois minutes chaque jour pour méditer.

LETTRE À VIOLAINE

Je m'appelle Marie. J'ai 36 ans. Je suis atteinte de deux maladies auto-immunes, myasthénie et lupus, apparues fin 2018, trois mois après la naissance de mon deuxième enfant. Je livre ici mon récit de la maladie et de mon hospitalisation, de janvier à juillet 2020, à l'hôpital neurologique de Bron, qui a coïncidé avec l'arrivée de la Covid-19 et le premier confinement. Ce texte s'adresse à Violaine de Domsure, psychologue au SRPR (Service de rééducation post-réanimation), qui m'a accompagnée durant mon hospitalisation dans le service et avec qui j'ai noué une précieuse relation.

Il y a des rêves horribles qui paraissent si réels qu'ils nous réveillent la nuit. Le temps de reprendre ses esprits, la tête retombe sur l'oreiller avec soulagement, ouf, ce n'était qu'un songe, c'est fini. Et puis il y a les drames réels, subits comme un éclair, épais comme un brouillard. Qui ne disparaissent pas au réveil. Ceux qui arrivent aux gens qu'on aime et ceux qui nous arrivent à nous. Ces drames-là, le temps

Mme D. choisissait le texte en fonction de ses ressentis et de ses émotions. Je faisais la lecture, nous prenions ce temps. C'est devenu un point d'ancrage. Mme D. m'a guidée là où elle souhaitait que je l'accompagne. Elle avait besoin de retrouver du plaisir. Se contenter, d'une petite chose de la journée, positive. Mesurer « l'être là ». De retrouver les souvenirs du plaisir. C'était « plus l'idée du café qui comptait, que le goût. » (Philippe Delerm) et de pouvoir y goûter à nouveau, ensuite, si possible.

Mon accompagnement a complété un processus, un travail d'équilibre commun de l'équipe pluridisciplinaire intervenant autour d'elle.

Ce fût et c'est toujours un apport mutuel, j'ai appris de notre rencontre, encore aujourd'hui j'apprends, et ça me permet d'aider d'autres patients.

L'écriture est pour panser ses plaies, penser sa « guérison ». Voici son récit.

Violaine

qu'on absorbe le choc, qu'on apprivoise ce qu'ils produisent en nous, coupent le souffle, nouent la gorge et l'estomac. Ils impriment une marque indélébile.

Mon histoire de la maladie commence en novembre 2018, avec des arthralgies nocturnes aux mains, une paupière qui tombe sans explication, des symptômes bénins, mais étranges. Évidemment la fatigue, constante, rien d'étonnant avec un bébé... et cette sensation lointaine, quelque part dans les recoins de mon corps, qu'effectivement, peut-être, quelque chose ne va pas.

Alors les rendez-vous chez le médecin, les prises de sang, une IRM en urgence pour écarter l'hypothèse d'un AVC, puis les rendez-vous avec les spécialistes, interniste, neurologue. Les fêtes de Noël se passent en lévitation, on ne dit rien à personne, mon mari et moi savons qu'il y a anguille sous roche, que quelque chose est en sursis, et que ce quelque chose est probablement notre vie telle que nous la connaissions.

Quand vient le diagnostic, je me fissure. C'est discret, seuls ceux qui me connaissent bien le voient. Mais les symptômes sont légers, ma prise en charge rapide, le protocole médicamenteux peu contraignant. En pilotage automatique, j'apprends à composer avec cette nouvelle réalité, l'idée du dysfonctionnement du corps, la complexité du désordre auto-immun, l'inquiétude des jours à venir malgré la légèreté des symptômes, et un sentiment de trahison et d'injustice.

Après un an d'une vie presque normale, sans crier gare, alors que le lupus se tient tranquille, la myasthénie se généralise. J'entre à l'hôpital pour ce que je pense être quelques jours, une semaine tout au plus. J'y resterai presque 7 mois.

Sur place, mon état se dégrade. Sévèrement. Jusqu'à l'effondrement. Je suis d'abord admise en réanimation cardiologique, puis en réanimation neurologique, où je resterai deux mois.

Cette expérience est d'une très grande violence.

Il y a la violence de la maladie qui, en me privant temporairement de l'usage de mon corps, me fait basculer dans un état de sidération totale, et il y a la violence de la prise en charge, invasive, intrusive, douloureuse, malgré toute l'attention et le soin apportés par les soignants. Difficile de s'attarder sur les détails quand il s'agit d'urgence vitale.

La myasthénie auto-immune fait partie de la famille des maladies rares. Elle se caractérise par un défaut de transmission de l'influx nerveux aux muscles : les anticorps malades attaquent les récepteurs de l'information, brouillent celle-ci, empêchent le muscle de se contracter correctement. Ça engendre une grande faiblesse et une fatigabilité des membres, du corps. Elle peut mettre le pronostic vital en jeu en cas d'atteinte des muscles respiratoires, appelée « crise myasthénique ».

À mon entrée à l'hôpital neurologique, en ce mois de janvier 2020, je n'y pense pas une seule seconde, à cette crise. Elle est la hantise de tout patient myasthénique, je le sais maintenant, mais elle est loin d'être systématique. On me l'a rapidement évoquée au moment du diagnostic, un an plus tôt, mais sans rentrer dans les détails, et j'ai dû décréter inconsciemment que ça ne me concernait pas, voire que ça ne me concernerait jamais. Jusque-là j'étais stable, mes

versions des maladies étaient très légères, j'avais subi sans difficulté l'ablation de mon thymome – tumeur souvent associée à la myasthénie – et n'avais pas eu besoin de radiothérapie. J'allais plutôt bien, pourquoi penser au pire ?

Et puisque je suis à l'hôpital, prise en charge, je suis rassurée. Je ne vois pas ce qui peut m'arriver de grave. J'aimerais juste savoir pourquoi la myasthénie se décompense soudain, à défaut qu'on trouve au moins le moyen d'interrompre cela.

Sauf que mon état continue de se dégrader, chaque jour de nouveaux muscles lâchent, je deviens poupée de chiffon.

Puis il se produit, ce climax hypothétique, auquel je n'avais pas accordé une seule de mes pensées : mes muscles respiratoires finissent par rejoindre le mouvement. Coupure de courant. Shut down.

C'est une image étrange, un amas de points blancs, beige, comme une constellation vibrante. Ça me rappelle ces soirs où, petite, avant de m'endormir, je serrais si fort les paupières que le noir de l'obscurité finissait par se remplir, fugacement, de couleurs et de formes. Je suis dans mon corps, je le sens. Je n'entends rien, mais je vois clairement. C'est extrêmement désagréable. Je ne comprends pas ce que mon cerveau matérialise. J'ai peur. J'ai peur de rester coincée dans cette image, dans ces limbes.

Cette image, c'est tout ce qu'il me reste de ce temps suspendu, entre le moment où je sombre, sans m'en rendre compte, alors qu'on entame sur moi un échange plasmatique, et le moment de mes premiers éveils, quelques jours plus tard, en réanimation cardiologique. Le compte-rendu de réanimation, lui, dit « majoration de la dyspnée », « apparition d'une hypoventilation alvéolaire non corrigée par la VNI », puis « au décours de l'intubation [...] choc cardiogénique avec bradycardie », « dysfonction ventriculaire gauche ». À la crise myasthénique s'est apparemment ajoutée une cardiomyopathie de stress, également appelée « syndrome du cœur brisé ». Mon corps s'est effondré, oui, et pleinement, mais non sans avoir cherché un peu de poésie.

Dans les jours précédant la crise myasthénique, alors que j'ai été transférée en surveillance en soins continus dans un autre hôpital – les soins continus en neurologie étaient pleins –, on me dit d'essayer

de me détendre. Car mon stress peut accentuer les symptômes, que c'est un classique dans l'auto-immun. Il n'y a pas plus culpabilisant que cette parole : une maladie auto-immune c'est déjà son propre système immunitaire qui se retourne contre soi, je serais en plus responsable de son aggravation ? Ces mots-là sont dits sans penser à mal. Les soignants souhaitent seulement m'encourager, me tirer vers le haut. D'accord. Je suis bonne élève. Je veux bien essayer de me détendre, mais je n'ai pas beaucoup d'aide pour cela. Une des premières choses que j'entends à mon arrivée, dans le couloir : « c'est quoi la myasthénie ? » L'infirmier veut ensuite me donner mes médicaments avec la mauvaise posologie. Et quand je me mets à suffoquer, quand j'étouffe, et parce que les résultats des gaz du sang reviendront bons, on me laisse entendre que j'ai fait une crise d'angoisse. Je leur affirme que je ne suis pas sujette aux crises d'angoisse, que non, ce n'est pas ça. Mais d'épuisement je finis par battre en retraite. Battre en retraite d'épuisement, ça m'arrive plus d'une fois.

La maladie s'exprime tous les jours par de nouveaux symptômes, malgré moi. Je vois double, ma tête est lourde, je n'ai plus la force de manger, à peine celle de boire, ma voix change, parler devient laborieux, parfois je n'arrive plus à déglutir ma salive, et par moment mon souffle est court. J'angoisse de ne plus être capable d'avalier mes médicaments. J'ai l'impression qu'on ne m'écoute pas, qu'on ne me dit pas grand-chose, qu'on ne m'explique rien. Si ce n'est pas la méconnaissance de la maladie, alors de quoi s'agit-il ? De ne pas trop m'en dire, pour ne pas m'alarmer ? Est-ce thérapeutique, est-ce pour empêcher la maladie de progresser qu'on me laisse dans le flou ? Mes proches présents à mes côtés ces jours-là partagent la même impression : peut-être ne suis-je pas au bon endroit. Mais le bon endroit existe-t-il ?

Crise myasthénique... on ne m'a pas prévenue que ça pouvait en arriver là. Ou alors je ne m'en souviens pas. Il est probable que même les soignants ne s'attendaient pas à ça. Si on m'avait avertie, si on m'avait parlé de l'éventualité de la ventilation mécanique, le choc au réveil aurait-il été le même ? Aurais-je seulement pu mesurer l'ampleur des conséquences de cette crise ?

En réanimation cardiologique, alors que je me réveille du coma artificiel dans lequel on m'a plongée le temps

de me stabiliser, et avant qu'on me transfère en réanimation neurologique, le supplice commence. Mon corps est inerte mais mes doigts parviendront à écrire : « je veux mourir ». Je l'écrirai plusieurs fois. Parce que mourir me paraît être la seule issue à ce moment-là. Alors même que je ne suis plus en danger immédiat. Mais les effets de la sédation se dissipent, je gagne en conscience, et la conscience de cette situation est intolérable : je subis un traumatisme inédit, surgi de nulle part, qui semble ne pas avoir de fin. Je souffre comme je n'ai jamais souffert, parce que mon corps est assailli, qu'il ne répond plus, parce que je ne comprends pas ce que je fais là, ce qui m'arrive, ce que fait ce tube dans ma gorge. En pensée je fais mes adieux à mes enfants et à mon mari, je leur dis qu'il faut me laisser partir, que je les aime mais que c'est trop dur. Il faut que tout s'arrête, point.

Mon corps, en réanimation, est un corps qui vibre, en tension permanente, qui ne trouve pas de répit. Je suis branchée de toute part, des cathéters et des voies fixées à mes veines et mes artères. Je suis allongée, inerte, incapable de bouger, si ce n'est légèrement les doigts. Ma vision est toujours double, les perspectives et les distances sont faussées, ça tangué. L'intubation colonise ma gorge en pesant sur mes lèvres et ma langue. Je déverse dans mon cou des litres de salive que je suis incapable de déglutir. Je suis obsédée par l'idée de boire. Ma souffrance est animale. J'ai l'impression d'être une bête prise au piège.

Ma maladie interdit toute prise d'anxiolytiques ou de somnifères, car ils agissent sur la plaque motrice. On ne me sédatera que lorsque c'est nécessaire. Je suis donc forcée d'être présente à tout ce qui se passe, en dedans et en dehors de moi. Dans cette chambre aux stores bloqués où il fait toujours sombre. Avec cette horloge au mur qui égrène sans fin des minutes et des heures interminables. Ma main crispée sur la sonnette en permanence, seul lien palpable avec les soignants. Pendant la toilette quotidienne au lit, un vrai calvaire, et les changements de position qui font bouger l'intubation dans ma trachée et me bloquent la respiration. Alors que les équipes changent jour et nuit, et qu'il faut recommencer inlassablement à nouer un contact, à tenter de se faire comprendre. C'est épuisant.

Je suis épuisée et je n'arrive pas à dormir, à lâcher prise, rien n'y fait. Après ce qu'ils penseront être une

crise nerveuse de ma part (j'essaie alors en vain de faire comprendre que j'ai terriblement mal à la nuque, qu'il faut remettre ma tête droite), on me met sous morphine. Cette morphine sera pendant quelques semaines ma seule échappatoire.

Sans elle et son action enveloppante reviennent les soubresauts invisibles de ma bataille, de mon impuissance. Je sais que tout fonctionne – mes commandes nerveuses et mes muscles sont intacts –, je ressens absolument tout, mais rien ne se passe. Je subis le poids d'une force invisible. C'est incompréhensible quand j'y pense, et tout en moi voudrait se débattre. Ma gorge voudrait vomir l'intubation, mes veines repousser les cathéters, mes jambes se débarrasser des draps, ma tête essaie de bouger en vain pour soulager la douleur d'une escarre. Le matériel sur et dans mon corps – même si je sais qu'il me maintient en vie – m'est insupportable. Et cet immobilisme, cette inertie, je n'en peux plus, je n'en veux plus. J'écris à une des infirmières que je veux sortir de ce corps, parce que je ne le reconnais pas, parce que ce corps n'est pas le mien. Ce corps est une prison.

Nous sommes en février 2020.

La myasthénie n'est pas dégénérative. Je n'en guérirai jamais, elle sera compagne à vie, mais avec un peu de chance elle se fera conciliante. Ses symptômes, quoique impressionnants, sont réversibles. Il s'agit juste de trouver le bon protocole de traitement, de contrer l'attaque des anticorps malades faite aux jonctions neuromusculaires. D'attendre que la maladie reflue, tout doucement. « Vous allez tout retrouver ». À ce moment-là cette phrase je l'entends sans trop y croire. Que peut-on retrouver quand la perte a été si totale ?

Après deux tentatives d'extubation, on me pose une trachéotomie, et on me sèvre de la morphine. C'est dur. Si la trachéotomie permet de libérer ma bouche et ma gorge, ça n'en reste pas moins toujours un corps étranger dans ma trachée, un assaut de plus fait à mon corps. Et plus aucun produit chimique pour me détendre.

Ce soir-là, je me plains au médecin de mon inconfort, de mon incapacité à dormir. Il me répond qu'il n'a malheureusement pas de solution, que je dois être patiente. Que ce n'est pas pour rien que nous sommes appelés des « patients ». Je comprends qu'il n'a rien d'autre à m'offrir que cette parenthèse sémantique

et l'action du temps. Quel terrible fardeau de ma pathologie, cette obligation de conscience... L'écoutant je me dis : « combien de temps encore dois-je endurer cela ? Vais-je seulement tenir ? »

Je voudrais qu'ils trouvent un remède miracle, un produit magique, je voudrais qu'ils déversent dans mes veines tous leurs anesthésiques, qu'ils suspendent mes pensées le temps que je sois rétablie, je voudrais juste un peu de répit. Je voudrais l'oubli.

Les seuls moments de douceur, en dehors de l'action de la morphine, seront les gestes médicaux qui nécessitent une anesthésie générale. J'accueille alors les effets du Propofol avec un immense bonheur, mon corps se détend enfin. Je voudrais que ça ne s'arrête jamais. Moi qui n'ai jamais souffert d'aucune addiction, je découvre le salut de la sédation chimique.

Car l'inconfort est devenu la norme ; les soins, les infections, les complications, les gestes médicaux, la kiné respiratoire se succèdent. Respirer de façon autonome – par la trachéotomie – me demande de gros efforts. Mes poumons et ma trachée sont constamment encombrés. Les soignants doivent régulièrement aspirer mes sécrétions trachéales avec une sonde, et je remplis de salive des litres et des litres de réservoirs. Le moindre mouvement que j'arrive de nouveau à faire me coûte, provoque une tachycardie folle, l'essoufflement. Je porte des couches. Aux symptômes de la maladie s'est ajouté le déconditionnement complet de mon corps. Plus rien ne fonctionne. Malgré l'alimentation par sonde naso-gastrique, les médecins ont du mal à enrayer ma perte de poids. Dans le miroir, alors qu'on me déshabille pour ma première douche après des semaines de toilette au lit, je découvre un corps décharné, voûté, un visage aux traits déformés, tombant, comme une sculpture en cire dont les contours auraient fondu. Je ne reconnais pas cette personne.

Peu après mon arrivée en réanimation, sous l'impulsion du chef de service et avec mon accord, une psychologue vient me voir. Elle arrive alors qu'un infirmier s'occupe de moi. Elle reste d'abord immobile, en retrait, derrière la porte vitrée. Une fois près de mon lit, elle se présente en quelques mots. De mon côté il me semble lui écrire sur l'ardoise l'urgence qui m'anime : trouver des petits plaisirs, pour essayer de tenir le coup. Elle m'interroge en suivant la piste de discussion que j'ai lancée, je me fatigue à écrire pour répondre. Et puis d'un coup c'en est trop. J'ai tellement

de choses à dire, de souffrance à exprimer, ça me dépasse, je n'ai pas la force suffisante. Et j'ai l'impression qu'elle est mal à l'aise, sur la retenue, pas à sa place. Ça ne fonctionne pas. Je commence à avoir dû mal à respirer. Mon infirmier, alerté par mes constantes, revient dans la chambre, me calme, prie la psychologue de me laisser. Il me restera de cette visite une grande frustration. J'aurais tant voulu qu'elle me dise : « Bonjour Marie, je peux vous appeler Marie ? dans quelle galère vous êtes là... C'est extrêmement dur ce que vous vivez, c'est insoutenable, même. Vous menez un combat harassant contre la maladie, et votre état de conscience permanent est épuisant. Tout ce que vous ressentez est exacerbé, car ce que vous vivez n'est PAS normal. Vous devez vous sentir très seule, on est incapables de se mettre à votre place, et il vous est compliqué de communiquer. Marie, je ne vous connais pas, mais je sais une chose, vous allez y arriver, les médecins l'ont dit. Ce sera difficile, parfois douloureux, long, il n'y a pas d'autre choix que d'attendre que les traitements agissent, mais vous y arriverez. Votre pronostic est bon. En attendant je suis là, avec vous, pour vous aider. Et je vais tenter de vous expliquer les étapes par lesquelles vous êtes en train de passer. »

Oui, en plus d'un classique pep talk, j'aurais voulu qu'elle me parle de traumatisme, de maladie, de souffrance, j'aurais voulu qu'elle m'offre des mots et des théories à mettre sur mes pensées, mes émotions. J'aurais voulu qu'elle me dise que ce que je ressentais était normal, qu'elle m'offre un cadre de pensée, tout en validant ma souffrance. J'aurais voulu que faisant cela elle me soulage, elle atténue ma détresse. Et puis qu'elle m'offre sa présence chaque jour si besoin, son écoute ou sa parole.

On me dit de me battre pour mes enfants, dont les photos tapissent le mur face à mon lit. Je voudrais répondre que je me bats déjà pour moi, que j'essaie de sauver ma peau, que l'idée même de mes enfants me paraît lointaine, abstraite, circonscrite à ces images de papier. Ma réalité, alors, est celle de la souffrance, elle ne laisse de place à rien d'autre. De toute façon penser à mes enfants, c'est penser au fait que je leur manque, que je suis absente, qu'ils sont malheureux. Ça fait trop à porter. Les garder à distance c'est presque une question de survie. Quand bien même ils viennent me rendre visite, à quelques reprises, je ne peux m'empêcher de penser que la personne qu'ils

voient est à peine une personne, un morceau de leur mère, un souvenir, une trace. L'idée de ces visites est un bonheur, mais les vivre est un cauchemar. Je ne veux pas qu'ils me voient comme ça. La maladie m'a confisquée à eux pour l'instant.

Mon mari et mes proches viennent régulièrement me voir. Il m'arrive de déverser sur eux, sur mon mari surtout, tout ce qui déborde. Il fait bonne figure devant moi, devant ma détresse, mais il m'avouera ensuite avoir quitté plus d'une fois le service dévasté, étreint par un terrible sentiment d'impuissance.

Début mars, on m'installe dans une chambre de soins continus, située dans l'espace même de la réanimation. La surveillance est moins intensive, on m'a libérée des électrodes, retiré les cathéters pour éviter les infections. Ma prise en charge, au fil des semaines, devient moins technique qu'humaine.

En l'absence de mes proches, je m'accroche psychologiquement aux soignants. Je sais bien que ma prise en charge peut être éprouvante. Ma détresse éclabousse tout le monde. Et un patient conscient, c'est un patient qui observe, ressent, exprime des requêtes muettes auxquelles les soignants peuvent rarement répondre. Leurs moyens d'action sont limités. Pour ceux d'entre eux qui ne sont pas armés face à ça, trop fatigués, ou pas intéressés, il est plus facile de détourner le regard.

Mais la majorité des soignants qui s'occupent de moi le font avec beaucoup de soin et d'attention, et certains encore plus que d'autres. Ceux-là m'appellent par mon prénom, me regardent et me voient, me touchent, me parlent d'eux, de leur famille, créent un lien. Ils me portent à bout de bras, m'empêchent de sombrer. Ceux-là ont énormément compté pour moi. Ils ont participé au maintien d'un semblant d'identité. Avec eux j'existais en tant que personne et non plus seulement en tant que patiente. Et j'espérais à chaque changement de garde que ce soit l'un d'entre eux qui vienne s'occuper de moi.

Les soignants me répètent que je vais me remettre complètement, que ce n'est qu'une question de temps, qu'on est sur la bonne voie, que je dois être optimiste. Pourquoi leur parole ne me soulage-t-elle pas ? Pire, elle rend presque ma souffrance illégitime. Dans les chambres voisines, je sais qu'on trouve bien plus grave que moi, de façon plus définitive. J'aimerais pouvoir cacher ma détresse comme je voudrais cacher mon corps. J'ai honte.

Quand j'y repense, ma détresse psychologique a été le fil rouge de mon séjour en réanimation. Je peux me rappeler sans trop d'émotions de tous les gestes et examens médicaux effectués sur mon corps, bien qu'ils aient été nombreux, invasifs et/ou douloureux. Mais ce qui me perturbe encore, c'est à quel point je me sentais incapable de comprendre ce qui m'arrivait, donc d'accepter la situation, incapable de rationaliser. J'avais l'impression d'être dépossédée de tout ce qui me constituait jusque-là, délirante, engluée dans une réalité parallèle dotée d'un bien moins bon scénario, et dans lequel venait de s'ajouter, pour ne rien arranger, une pandémie liée à une fumeuse histoire de pangolin...

En effet, pendant ce temps-là, ça s'agite à l'extérieur. Ce qui va devenir la Covid-19 commence à faire les gros titres. Dans le service aussi ça s'agite. Ça ne paraît pas bien clair, ce qui s'annonce, mais il faut commencer à s'organiser. On me déménagera quatre fois de chambres en l'espace d'un mois.

Début mars, on supprime mes visites. Je suis sous traitement immunosuppresseur. Épidémie ou pas, je suis une personne à risque, la réanimation est déjà propice aux infections et le froid hivernal fait tousser pas mal dans mon entourage familial. Les soignants portent désormais des masques. Ceux qui oublient de le mettre sont rappelés à l'ordre à l'entrée de ma chambre. Une autre psychologue que j'avais vue à quelques reprises ne me donnera plus de nouvelles. Pour me protéger on s'éloigne.

Le confinement débute pour moi. Mes échanges avec ma famille se font par messages ou de courts appels vidéo, durant lesquels j'écoute ou j'écris, puisque je ne parle pas. L'humeur de mes journées est déterminée par le duo infirmier/aide-soignant qui s'occupe de moi, et par les heures de sommeil que je suis parvenue à enchaîner dans la nuit. En dehors de quelques moments doux, partagés avec les soignants, je pleure beaucoup.

Un jour, un médecin s'exclame : « Mais vous pleurez encore ? Faut arrêter de pleurer comme ça ! » Elle me dit ça, en passant, depuis la porte vitrée.

N'a-t-elle alors qu'une vision clinique de mon cas : je suis en soins continus, hors de danger, et en plus je vais « tout récupérer ». Mes larmes lui paraissent-elles hors sujet, incompréhensibles ? Ou s'agit-il d'un réconfort maladroit, qui prend la forme d'une injonc-

tion à laquelle je ne peux obéir ? Me disant cela, a-t-elle conscience qu'elle supprime de l'équation le mois que je viens de passer en toute conscience en réanimation, le traumatisme qui l'accompagne, la force de la gravité qui m'écrase encore sur mon lit et les angoisses liées à ce début de pandémie ?

Ce que je sais en revanche, c'est qu'elle ignore que, ce jour-là, ce sont les neuf ans de ma fille – comment lui dire puisque je ne peux pas parler ? – que je me sens terriblement seule, mal et que devant moi pour l'instant il n'y a rien, pas de champ des possibles, juste une longue liste d'incapacités. Je ne sais pas composer avec ce corps, je ne sais pas composer avec ma détresse. Il ne peut être question de volonté ici, je ne dirige plus rien.

Je voudrais hurler, libérer ma colère, lui dire à elle, au monde entier : « Je voudrais bien vous y voir, coincés dans un corps qui ne dit rien de la personne qui l'habite ! Alors oui je pleure, de rage, de frustration, de tristesse, tout y passe ! Laissez-moi tranquille. » Je sens bien, ce jour-là, que personne, dans ce service, ne peut plus rien faire pour moi, leur mission est terminée.

Fin mars, j'obtiens une place en service de rééducation post-réanimation (SRPR).

Le jour où je quitte les soins continus, je suis à la fois soulagée et anxieuse. Mon corps est encore très fragile mais sauf. Moi, je suis en morceaux. La réorganisation du service pour répondre au plan blanc bat son plein. Ça bouge dans tous les sens. Il y a de la tension dans l'air. Des renforts sont venus épauler les équipes, je ne les connais pas. L'infirmière qui s'occupe de moi n'a même pas le temps de venir me dire au revoir. Mon départ se fait en catimini, sans accolade, sans une pression sur l'épaule de la main. Peut-être croisé-je un médecin qui me fait un signe et un sourire, je ne sais plus bien. J'ai vécu ce qu'il m'a semblé être des moments d'émotion intenses dans ce service, avec ses équipes. J'ai partagé à leurs côtés une expérience extrême, de celles qui bouleversent une vie. Cette fin de matinée où je m'en vais, de cela il ne reste plus rien. Fichue pandémie.

Je pleure doucement tandis qu'on me déplace en fauteuil, je pleure probablement encore quand on m'installe dans ma chambre du SRPR. Il y a l'angoisse de devoir tout recommencer, de fixer de nouveaux repères, d'apprendre à connaître et se faire connaître.

Sans l'appui de mon mari, de mes proches. Seule. Sans la parole. Et avec la difficulté de ma prise en charge, qui doit s'adapter aux fluctuations imprévisibles de ma pathologie. Avec les masques qui mangent les visages, avec la mise en distance. Pour me protéger on s'éloigne. Avant de quitter la réanimation : « Surtout dites bien aux soignants de se masquer là-bas en votre présence, vous êtes immunodéprimée, vous êtes très à risque, c'est vital ! »

Le port du masque chez les autres deviendra quasiment de l'ordre de la charge mentale. Les quelques soignants qui l'oublieront en de rares occasions, au début, provoqueront chez moi une angoisse sourde. Voient-ils que j'ai peur, comprennent-ils que cette menace de la Covid-19 me paralyse dans ma relation avec eux et qu'attraper ce virus est pour moi la promesse de retourner en réa ? Le soin prend une mesure différente dès lors que celui qui le dispense porte en lui la possibilité de la contamination. La solitude m'éclate encore plus au visage. Cette angoisse diminuera avec le temps. L'action du temps, encore une fois.

Quand j'arrive au SRPR, mon corps ne m'appartient plus. Il appartient à la maladie et aux soignants. Au SRPR, viendra le temps de la reconnexion. Savoir comment l'habiter à nouveau. L'aider à progresser tout doucement, étape par étape. Et au SRPR viendra le temps de la parole. Avec les soignants et les éducateurs, bien sûr, mais également avec vous, Violaine.

Ma chambre est petite, dotée d'une salle de bain privée, d'une fenêtre qui s'ouvre. Plus de grande porte automatique vitrée ici, mais une porte classique, avec une petite vitre surmontée d'une persienne, que je peux dérouler pour avoir de l'intimité. Cette petite chambre d'hôpital devient mon île, mon espace de reconstruction, ma chambre à moi.

Mes progrès s'accélèrent enfin une fois là-bas. Est-ce lié au traitement ? à mon changement de service ?

Puisque je commence à aller mieux, l'horloge fixée au mur n'est plus le rappel insupportable d'un temps qui s'étire sans fin. Elle m'aide à fixer mentalement le programme de mes journées, à ritualiser. Elle me donne le tempo de l'extérieur, de mes proches, de la vie qui continue, derrière cette fenêtre, malgré la crise sanitaire et le confinement.

Je lâche enfin prise. J'arrive à me reposer, à retrouver du plaisir. Un rayon de soleil traversant ma chambre m'emplit d'une joie folle. Dans la douche, je pleure de satisfaction sous le jet d'eau chaude. Quiconque me verrait, sans connaître mon histoire, me trouverait un peu « foldingo », selon l'expression de ma fille.

Le programme de rééducation personnalisé élaboré avec l'orthophoniste, les kinésithérapeutes et les médecins marque un nouvel élan. L'objectif principal, en parallèle de la lente récupération de l'usage de mon corps, est de me sevrer de la trachéotomie*. Un travail laborieux, minutieux, car ce qui est acquis un jour ne l'est plus forcément le lendemain, à cause de la fatigabilité de mes muscles. Pour éviter tout retour en arrière, il faut y aller très progressivement.

Quand j'arrive au SRPR, j'ai besoin d'un ancrage, d'une guidance. C'est là que vous intervenez, Violaine. Les infirmiers et les médecins, quand bien même ils sont très dévoués, ne peuvent pas assumer ce rôle. Les gardes s'enchaînent, les équipes se passent le relais. Moi j'ai besoin de repères, de constance, parce que je suis décousue. J'ai besoin d'unité. Vous êtes celle qui m'apportera ça en premier. Vous viendrez me voir tous les jours, vous désinfecterez minutieusement le siège que vous empruntez, vous respecterez toutes les précautions d'usage. Sans le savoir, vous me rassurez.

Quand vous venez me voir pour la première fois, je ne suis pas encore en capacité de parler. On commence tout juste à me mettre la valve de phonation en séance de kiné, sur des temps réduits. Alors j'écris sur un carnet. Lors de nos premières entrevues je vous écrirai tout ce que je peux, parce que j'ai besoin de communiquer. Grâce à ça j'ai le sentiment de redevenir quelqu'un, un sujet et non un objet. On fait peu à peu connaissance.

Je vous parle de la maladie, de ses fluctuations, de ma famille. Et alors que je suis encore bouleversée par mon épreuve de la réanimation (dont je vous parlerai très peu) et que je m'inquiète du lendemain, vous me proposez la méditation guidée, par le biais de courts textes. Grâce à la méditation en pleine conscience, j'apprends à revenir au moment présent, à mes sensations, à mon corps. Je laisse les « ruminations être charriées par le courant de la rivière », je m'en écarte, je les observe, de la berge, à distance.

J'ai compris que ma rééducation se ferait pas à pas, pour éviter toute rechute. Et que je serai séparée de

mon mari et de mes enfants pendant plusieurs mois... Ça me dévaste, bien sûr. Je rêve de mes enfants presque toutes les nuits, et mon inconscient les met systématiquement dans des situations de danger devant lesquelles je suis incapable d'agir, à cause de mon corps fragile, sans force, impuissant.

J'avance pourtant, il me semble, dans mon processus de rétablissement, en gardant la tête froide. Je m'étonne presque d'être aussi calme, je vous demande si c'est normal, si ce n'est pas l'effet des antidépresseurs qu'on vient de me prescrire, si cette sérénité retrouvée n'est pas un mirage. Vous me dites que non, que j'ai toutes les ressources en moi.

Je suis dans l'acceptation. J'accepte la séparation comme j'accepte les gestes médicaux, la fatigue des échanges plasmatiques, la douleur chronique que la sonde naso-gastrique impose à ma gorge, l'anxiété qui précède le changement de la canule de trachéotomie tous les mois, quand le morceau de plastique frotte douloureusement les parois de l'incision, jusqu'au saignement, et que l'air s'engouffre subitement par cette béance, ce trou dans mon cou, nécessaire mais contre-nature. J'accepte. Parce que je n'ai pas le choix. Parce que ça ne durera pas.

La rupture du confinement ne fait que se superposer à la rupture de la maladie. De la même manière que je m'affaire à répondre aux exigences de la maladie, je réponds aux exigences de la pandémie. Je m'adapte.

Dans ce processus, je suis seule face à moi-même. Ce tête-à-tête m'oblige à poser sur moi un regard que personne d'autre ne viendra valider. Ce travail que je fais, je dois le faire seule, la parole et la présence de mes proches n'y changeraient rien, ce processus de réparation est profondément intime. Ce faisant je gagne en puissance. Je me sens puissante de mon expérience. C'est presque enivrant.

Je n'ai pas d'autre espace que ma chambre. Les rares fois où je suis autorisée à la quitter, c'est pour des soins ou des examens. L'accès aux espaces communs ou au gymnase est interdit, le confinement circonscrit mon espace à ces quelques mètres carrés; les soignants sont masqués, mes voisins de chambre me sont inconnus, exceptée ma voisine directe, je ne sais rien d'eux si ce n'est qu'on a en partage une catastrophe intime.

Alors la méditation guidée m'ouvre d'autres perspectives, celles d'une échappée intérieure vers mes sou-

venirs, vers des sensations autrefois ressenties. Mon corps est empêché, pour l'instant, mais mon imaginaire est sans limite.

Au fil de ces séances de méditation, tandis que mon corps se rétablit et que la tension infligée par la réanimation s'amenuise, je vais chercher tout ce que je croyais perdu, égaré pour la vie. Je déterre les plaisirs comme de petites boîtes à trésor, comme de petites gourmandises.

Mon apparence d'avant refait surface, timidement. Les muscles de mon visage se mobilisent à nouveau, je parviens à esquisser des sourires. Je reprends du poids. Je reprends forme. Puis, la parole, aux prix de séances de rééducation quasi-quotidiennes, finit aussi par revenir. Dès lors je recommence à parler, d'une voix fragile, voilée, dès que possible, tant que je peux, jusqu'à ce que mes muscles faciaux se paralysent sous l'effort, que mes cordes vocales lâchent, que ma mâchoire dise stop.

Je parle pour dire qui je suis, pour partager mes sensations, pour guider les soins. Je parle pour provoquer le dialogue, créer des liens avec les soignants et les éducateurs, pour devenir un membre à part entière de cette communauté qui, le temps de mon hospitalisation et du confinement, se substitue à ma famille.

Pendant les cinq mois passés au SRPR, de mars à juillet, je connais très peu l'ennui. L'ennui sera le signe que je me rapproche du départ, du retour à domicile. En attendant, chaque acte de la vie courante et la rééducation me demandent beaucoup d'efforts et de temps, les journées passent vite. Je suis très entourée et soutenue par les équipes. Je m'empare de chaque progrès pour gagner en autonomie. Dès que j'en suis capable j'apprends à faire moi-même mes soins. Je gère mon rétablissement comme je gérais autrefois mes projets en agence de communication : prise de brief, établissement des plannings, coordination des équipes, suivi des projets. Je suis active, à mon rythme. Je me remets à lire, à écrire. Je regarde les allées et venues à l'entrée de l'hôpital, sur laquelle ma fenêtre donne. J'écoute, j'observe, je veux capturer le maximum de sensations, d'images, de sons. Je veux oublier le moins possible.

Mon processus de guérison est en cours. Impossible de ne pas savourer ce repos du corps et de l'esprit.

À partir de la mi-mai, je peux à nouveau voir mon mari une fois par semaine, ce sera mon cadeau d'an-

niversaire. Masqués, à distance, on ne se touchera pas, mais quand même. Courant juin, on m'autorise des permissions à la journée à mon domicile, pour retrouver mes enfants. Mes enfants... Mon fils parle désormais. Ma fille aussi a grandi. Je ne suis pas censée le faire, mais tandis que je les serre contre moi, dans un équilibre encore fragile, après ces quatre mois de séparation, j'enlève mon masque pour les embrasser et respirer leur odeur.

Ce soir-là, de retour à l'hôpital, je m'effondre en larmes, de tristesse et d'épuisement. Mon fils appelle le téléphone «maman», et le regard indescriptible de ma fille au départ de l'ambulance me hante. Je fais tout ce que je peux, mais je ne suis pas suffisamment rétablie. Pas encore.

Ensemble, Violaine, avec les beaux jours et la fin du confinement, nous déplaçons les séances de méditation à l'extérieur, nous écoutons ensemble le chant des oiseaux, nous savourons les caresses du vent, la chaleur du soleil, l'odeur des arbres et des plantes, avec en nous cette conscience aigüe que tout ne tient qu'à un fil, qu'être vivant c'est composer avec l'éventualité de la maladie, de l'accident, du handicap, d'un changement de perspectives; avec la mort.

Je mesure la nature de mon drame à celui des autres, me dis qu'à choisir je garde volontiers cette maladie, cette histoire, que j'aurais pu avoir bien pire. Que retrouver peu à peu l'usage de mon corps est une chance inouïe, même si rien n'est acquis. Je me dis même : « si les progrès s'arrêtaient là, ce serait suffisant pour trouver du plaisir à la vie ».

Fin juillet, je quitte le SRPR. Fin du chapitre. Dix jours avant on m'a enlevé la canule de la trachéotomie, la gastrostomie a été retirée le matin même. Mon corps fonctionne tout seul. Je rentre chez moi avec mon mari, légère, sous le soleil de midi.

Je suis prête pour ce retour. Il y a toujours la Covid-19, bien sûr, les masques, la crainte du virus, mais ça reste secondaire face à ce nouvel élan. J'ai développé, pendant mon hospitalisation, et avec le soutien des soignants, des rééducateurs, et le vôtre, Violaine, une force, une puissance qui m'ont tirée vers ce retour à la vie.

Mes souvenirs de la réanimation et de mon hospitalisation me quittent peu. Un an après, il ne se passe pas un jour sans qu'une sensation ou un flash ne me

revienne. Les bons souvenirs – parce qu'il y en a, et plus d'un ! – me font sourire. Les mauvais souvenirs, eux, provoquent parfois quelques larmes, mais ça passe vite. Probablement parce que je continue de les retourner dans tous les sens, que je les analyse, les scrute, qu'à force de les observer, je les épuise de toute charge émotionnelle, pour faire en sorte qu'ils me constituent, sans pour autant qu'ils me définissent.

Voilà, Violaine, où j'en suis. Seuls le temps, l'évolution de la maladie, et ce que je ferai de tout ça, nous en diront plus sur la suite.

Marie D.

Lyon, le 17 mars 2021.

INTUBATION & TRACHÉOTOMIE

L'intubation, reliée à un respirateur artificiel, permet de prendre le relais temporairement quand les muscles respiratoires ne fonctionnent plus correctement. Le tube est inséré jusque dans la trachée, en passant entre les cordes vocales (on ne peut donc mobiliser aucun muscle de la sphère laryngée avec une intubation en bouche: déglutition, phonation). Le respirateur artificiel peut être réglé de différentes manières: soit il insuffle directement au patient un volume contrôlé d'air, soit il s'adapte à son débit inspiratoire. Un ballonnet surmontant la sonde trachéale permet d'empêcher la salive ou toute sécrétion de s'écouler dans les bronches.

La trachéotomie, quant à elle, est une incision directement dans la paroi de la trachée, dans laquelle on insère une canule, reliée ou non à un respirateur. Ce système permet de libérer la bouche et la gorge (et les cordes vocales), de conserver la circulation de l'air, tout en protégeant les poumons grâce au système de ballonnet.

L'intubation et la trachéotomie (avant un certain stade de rééducation pour cette dernière) nécessitent des soins particuliers: veiller à ce que le ballonnet soit toujours bien gonflé, aspirer régulièrement les sécrétions qui s'accumulent au-dessus du ballonnet à l'aide d'une sonde d'aspiration trachéale, aspirer éventuellement la salive qui s'écoule de la bouche et ne peut être déglutie.

Dans mon cas, les muscles de la déglutition étaient encore tellement atteints au bout d'un mois – et les muscles respiratoires encore trop faibles – qu'après deux tentatives d'extubation, la décision a été prise de procéder à une trachéotomie.

C'était le seul moyen de pouvoir me sevrer du respirateur artificiel, et de pouvoir envisager, par la suite, la rééducation.

Il s'agissait d'opérer un reconditionnement complet : les muscles de la déglutition devaient être suffisamment opérationnels pour éviter les fausses routes et les infections pulmonaires qui en découleraient, le diaphragme devait être suffisamment tonique pour maintenir le réflexe de la respiration et délivrer l'effort de toux.

Pour envisager le retrait de la trachéotomie, il fallait compter sur l'action conjointe du traitement (recul des symptômes de la maladie) et de la rééducation. Voici les trois grandes étapes du sevrage de la trachéotomie, que je résume ici :

reprise d'une respiration autonome (sans respirateur artificiel) par la trachée grâce à un « nez » – embout de protection laissant passer l'air –, positionné sur la partie externe de la canule.

rééducation à la parole et au trajet de l'air par le nez et la bouche, grâce à une « valve de phonation » – embout de protection permettant l'inspiration par la trachée, mais non l'expiration, obligeant ainsi l'air à s'échapper par les voies naturelles et à faire vibrer les cordes vocales (ô joie !). Le ballonnet dans la trachée est alors dégonflé pour laisser passer l'air des poumons aux voies naturelles. La déglutition doit être suffisamment efficace pour éviter les fausses routes, la toux suffisante pour désencombrer si besoin les bronches ou la trachée.

rééducation à la parole et au trajet de l'air uniquement par le nez et la bouche, grâce à un bouchon rouge – embout complètement fermé – obligeant l'air à circuler par les voies naturelles. Le ballonnet dans la trachée est dégonflé, ou alors la canule n'a plus de ballonnet, pour laisser passer l'air des poumons aux voies naturelles. Quand on en est à cette étape, c'est que le retrait de la canule est proche.

En fonction de la pathologie ou de la nature des lésions, il est possible qu'un patient se retrouve dans l'impos-

sibilité de franchir toutes ces étapes et conserve une trachéotomie indéfiniment.

LA CRISE COVID A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF TÉLÉPHONIQUE D'INFORMATION ET D'ORIENTATION EN PSYCHIATRIE

PAUL BÉRAUD

Psychologue clinicien, CH le Vinatier, doctorant au CRPPC

(Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique), Université Lumière Lyon 2.

LISE GANDIAGO

Psychologue clinicienne, CH le Vinatier.

CAROLINE PENET

Psychologue clinicienne, CH le Vinatier.

AURÉLIE VITTOZ

Psychologue clinicienne, CH le Vinatier.

HERMINIE LECA

Docteur en psychologie, CH le Vinatier, chercheuse associée au CRPPC

(Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique), Université Lumière Lyon 2.

Notre propos est de partager la création d'une plateforme téléphonique d'urgence d'écoute, d'évaluation et d'orientation des situations de crise en psychiatrie. Ce dispositif, bien qu'accolé au projet médical d'établissement, s'est monté précipitamment avec comme objectif principal la réorganisation de l'hôpital psychiatrique en proposant une aide à destination des usagers, des aidants et des professionnels. Ouverte 7j/7 de 8h à 20h, elle est constituée d'une diversité professionnelle dont des psychologues, pour répondre à de nombreuses problématiques psychiques et demandes de soins. Nous traiterons de la première phase de ce dispositif qui s'est déroulée entre mars et juin 2020, en lien avec le premier confinement.

La crise sanitaire actuelle impacte fortement le fonctionnement habituel des institutions. La nécessaire *continuité des soins* impose aux hôpitaux une réorganisation s'inscrivant sur différentes actions : création de réserve sanitaire, transformation d'unités dédiées aux personnes souffrant de la COVID 19, déploiement d'une permanence de soins ambulatoires.

Dans une situation de crise sanitaire, comment l'hôpital psychiatrique propose-t-il de répondre à l'urgence et par l'urgence, aux besoins de la population ? Quelles sont les nouvelles contraintes du travail clinique imposées par ces aménagements de la rencontre et quelles modifications cela entraîne-t-il au plan des pratiques professionnelles ?

A partir des enjeux du contexte sanitaire de la crise COVID, nous présenterons le dispositif de cette ligne d'écoute hospitalière, et l'illustrerons à partir d'une situation clinique permettant une analyse de certaines spécificités de la réorganisation des soins avec, comme vecteur de la voix, le téléphone. Cette clinique sans regard nous interroge quant à l'isolement et plus spécifiquement l'isolement sensoriel et la nécessité plus que jamais d'entendre les souffrances psychiques associées.

Contexte de l'urgence sanitaire, plan blanc et mobilisation de la psychiatrie

Le 11 mars 2020, le directeur général de l'OMS¹ déclare en conférence de presse l'état de pandémie. Le lendemain, le président de la République Emmanuel Macron annonce la fermeture de tous les établissements scolaires, c'est le premier choc. Le second se fait sentir quatre jours plus tard, le 16 mars, lorsqu'il s'exprime de nouveau pour imposer le confinement à 67 millions d'habitants avec effet quasi-immédiat, dès le lendemain. La France est « en guerre » contre la COVID-19. La population est placée en confinement. L'activité est à l'arrêt. Les entreprises et commerces non essentiels sont mis au télétravail ou au chômage partiel. La nation est figée. Les Français sont sidérés. Selon S. Al Joboory, F. Monello et J.-P. Bouchard (2020), les français « doivent soudainement affronter la peur : celle qu'eux ou leurs proches puissent tomber malades, celle de l'enfermement et de la restriction des libertés, celle de la précarité économique. Et surtout, celle de l'inconnu. » L'angoisse du manque se fait sentir et est relayé par les journaux télévisés qui montrent les pillages des supermarchés et l'augmentation flagrante des incivilités. Le gouvernement prend, en conseil des ministres le 23 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire, une mesure exceptionnelle, notamment en cas d'épidémie (ou plus justement de pandémie), mettant en péril la santé de la population. Il s'agit d'une loi qui permet au gouvernement de prendre des mesures exceptionnelles.

Le plan blanc² national déclaré initialement le 6 mars 2020 vient placer les soignants au-devant de la scène

1 L'Organisation Mondiale de la Santé, créée en 1948, est une agence spécialisée de l'Organisation des Nations Unies pour la santé publique.

2 Un plan blanc est un dispositif de crise sanitaire ayant pour fonction d'assurer la coordination des services de santé, leur répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins, c'est-à-dire notamment l'afflux de nombreuses victimes,

médiatique par les autorités sanitaires. On les sollicite. On les mobilise. On les réquisitionne. L'hôpital public vit lui aussi désormais au rythme de l'urgence dans une sur-adaptation permanente. L'organisation dite classique de l'offre de soins des services publics, aussi bien en somatique qu'en santé mentale, est dans l'obligation de se réorganiser.

La psychiatrie se mobilise: une équipe en trinôme, un numéro unique et de multiples réponses

Dans le contexte de la crise COVID, les services de psychiatrie sont rapidement saturés d'appels téléphoniques entravant le fonctionnement habituel des unités. Face à ce constat, l'établissement dans lequel nous exerçons a décidé de mettre en place rapidement un dispositif de plateforme téléphonique d'accueil et d'orientation. Préfiguré dans le projet d'établissement du centre hospitalier le Vinatier, la plateforme téléphonique LIVE a finalement émergé de manière anticipée dans le cadre de la crise COVID. Ce dispositif se place comme une structure transversale de première ligne. Cette ligne téléphonique à numéro unique, d'accueil et d'orientation, à destination des usagers, des familles ou aidants et des professionnels du territoire, s'adresse à l'ensemble des personnes concernées par un besoin en santé mentale.

Ce dispositif a pour mission d'informer sur les modalités de prise en charge, d'évaluer et d'orienter au sein de notre offre de soins et de celle du territoire, pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée. Cette activité d'évaluation et d'orientation permet notamment de fluidifier le parcours des patients en apportant une réponse adaptée dans un délai court et de gérer les situations de crise ou d'urgence. Son objectif principal est de proposer une ligne téléphonique d'information sur la crise sanitaire de la COVID 19, une orientation dans l'offre de soins en santé mentale qui est massivement désorganisée du fait de la crise sanitaire, et une écoute professionnelle venant offrir une disponibilité soignante élargie durant la crise.

Il s'agit d'évaluer en premier lieu le niveau d'urgence de l'appelant et d'en comprendre sa demande. La pluriprofessionnalité va permettre d'affiner l'évaluation clinique de la situation et ainsi d'adapter des réponses

le confinement ou encore l'imposition de mesures rigoureuses justifiant la réquisition de personnels et de moyens matériel.

personnalisées à chaque appel. Car un des enjeux est de favoriser une créativité dans les réponses pouvant être apportées à chaque appelant. Cette ouverture n'est possible qu'au moyen d'un cadre externe commun à l'équipe : une équipe travaillant en douze heures, du lundi au dimanche, sur les heures d'ouverture de la plateforme, un système de passages des appels entre les écoutants, des présences se chevauchant pour favoriser les relais, des outils de transmission créés pour l'équipe.

L'expérience de chaque professionnel mobilisé, son domaine d'activités et ses formations, induisent un système d'emboîtement des différents cadres internes. Les compétences d'écoute clinique et d'évaluation en première ligne d'un sujet demandeur d'aide se voient compléter par des compétences plus spécifiques en pédopsychiatrie, en prévention du suicide, en évaluation du stress, en prise en charge des patients présentant une problématique addictive etc. Ce qui vient modifier nos interventions est la spécificité de la rencontre par téléphone.

L'équipe affectée à cette unité est composée d'infirmiers, de psychologues, d'assistantes sociales et d'un cadre de santé, tous volontaires pour participer à ce projet inédit. Elle est renforcée par une équipe médicale fonctionnant sur le principe d'astreintes téléphoniques, qui peut être sollicitée pour un avis psychiatrique. Les professionnels qui composent cette équipe, issus d'horizons complémentaires (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie du sujet âgé, autisme et déficience intellectuelle sévère, psychiatrie légale) possèdent des compétences très variées. Le partage de ces expériences est une richesse pour l'élaboration des réponses apportées aux appelants et permet l'articulation de plusieurs réseaux (cliniques et sociaux).

Les missions dévolues à la plateforme s'étaient sur la dynamique transdisciplinaire de l'équipe en s'appuyant sur des outils réalisés spécifiquement pour cet exercice. Une base de données spécifique à la crise sanitaire fut construite en amont. Elle précise les modalités d'accès aux soins en santé mentale du département, pour les différentes populations rencontrées (adulte, enfant, sujet âgé). De nombreuses structures de soins ont poursuivi leurs missions de santé durant la crise, en adaptant leurs modalités d'accès aux soins, tout en se concentrant parfois sur certaines missions

spécifiques telles que le soutien aux professionnels, la création d'équipes mobiles ou la téléconsultation.

Urgence de l'appel, évaluation de la demande et réponse soignante

Dans un premier temps, l'évaluation de la demande s'appuie sur un recueil d'informations ciblées, permettant de décrypter le contexte de l'appel. Les ressources de l'appelant sont étudiées et pris en compte dans l'élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé.

L'orientation vers des soins s'organisera vers des lieux déjà connus, ou non, par la personne, en respectant les logiques de secteur³. Une attention toute particulière est également donnée à la transmission des informations aux équipes référentes. Pour les habitués des services de soins, l'utilisation du dossier patient informatisé existant est indispensable. Le lien direct avec les équipes engagées dans le suivi s'inscrit dans la logique d'une « continuité » du soin.

Notre mission sur la plateforme consiste à accompagner les personnes vers le soin, si besoin, et non de se substituer aux soins déjà en cours. Le LIVE est d'emblée situé dans le métacadre hospitalier de psychiatrie publique. La ligne porte le nom de l'établissement évitant ainsi toute confusion avec une ligne d'écoute de type anonyme ou associative. L'ensemble des professionnels exerçants est mobilisé par le directeur de l'établissement dans le cadre du plan blanc national.

La mise en place de la ligne téléphonique s'est accélérée face à la crise sanitaire, afin de mieux répondre à la précarisation de l'offre de soin en santé mentale, tout en s'inscrivant dans les nouvelles politiques de communauté psychiatrique de territoire. Le confinement est venu révéler l'urgence sociale de certaines situations. Les habitudes de travail du monde social, fortement impacté par la distanciation, ont également modifié les interactions. Il n'est pas rare que des partenaires sociaux isolés, confrontés à de nombreux services fermés durant la crise, se tournent

³ La psychiatrie de secteur ou sectorisation en psychiatrie désigne l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé par la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Chaque département français est ainsi découpé en secteurs géo-démographiques. Ce système représente une refonte du système de soins en psychiatrie. Elle est considérée comme une révolution en regard de l'asile du XIXe siècle où le principe était hospitalocentrique. La politique de psychiatrie de secteur a permis de développer des soins « hors les murs » en favorisant la proximité avec l'environnement du patient.

vers le LIVE, qui endosse un rôle d'interface vers les structures partenaires ouvertes durant la COVID. Par exemple, un travailleur social appelle pour une résidente d'un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) qui est en détresse dans sa chambre ; lors de l'appel, l'évaluation permet de comprendre que la résidente est en train de vivre un épisode hallucinatoire avec des idées suicidaires. Un accompagnement aux urgences psychiatriques s'organise calmement, elle est attendue par le professionnel des urgences qui propose une hospitalisation.

Monsieur Z: un appel à bout de souffle

Monsieur Z appelle la plateforme car se dit très angoissé. Pendant le confinement, son fils majeur est venu s'installer chez lui et ils ne sont pas sortis durant toute cette période. Depuis le 11 mai, date du premier déconfinement, son fils est reparti chez lui et monsieur Z s'est donc retrouvé de nouveau seul. Il n'arrive pas à sortir de chez lui. Il s'est enfermé depuis le 16 mars et demeure terrorisé à l'idée d'être contaminé. Son souffle est court, ses propos saccadés. Chaque mot énoncé est verbalisé avec souffrance. Chaque évènement de vie relaté signe une anxiété qui se transforme en angoisse lorsque l'éprouvé ne peut être ressenti. La terreur empêche toute représentation de chose et de mots, la symbolisation est mise en arrêt. La psychologue⁴ note le paradoxe de tout appelant : au soulagement de pouvoir déposer les mots de la souffrance, s'associent la crainte et l'angoisse de les faire revivre sur la scène psychique.

On devine ainsi, au fil de l'échange et de l'affinement de la demande, une personnalité anxieuse avec des pensées obsessionnelles. A l'angoisse s'ajoute la culpabilité de ne pas vouloir revoir ses enfants par crainte du virus.

Monsieur Z souffre d'une maladie chronique et est engagé dans un suivi neurologique en ce sens. Un traitement pour l'anxiété a été prescrit par son médecin traitant ; un autre pour la tension artérielle a été ajouté récemment. Le suivi médical est assuré par téléconsultations. Une auxiliaire de vie vient chaque jour à son domicile. Elle l'aide dans ses tâches quotidiennes et ses courses. Depuis le confinement elle s'engage à récupérer l'ordonnance et son traitement à la pharmacie. Monsieur Z redoute tout contact avec

elle et développe ce qu'il décrit comme des attaques de panique à chaque venue. Il est en de même avec la kinésithérapeute. Il lui arrive d'annuler les rendez-vous tellement il est envahi par la peur.

Monsieur Z a été suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP) de son secteur quelques années auparavant pour des antécédents de dépression. Il évoque ne pas pouvoir parler de ses angoisses avec son médecin traitant, la connaissant depuis peu. Cette dernière l'aurait elle-même orienté vers un psychiatre ou un psychologue, il ne sait plus.

L'évaluation clinique de cet appel met en avant la nécessité d'accompagner ce patient vers une reprise du soin. Un suivi psychiatrique associé à un suivi/accompagnement psychologique serait à envisager dans un deuxième temps. Nous avons alors pris contact avec le CMP de secteur de monsieur Z. La demande sera transmise lors d'une réunion prévue dans les 15 prochains jours. Dans l'attente de l'évaluation de cette demande de reprise de suivi, nous avons également contacté l'équipe de liaison du pôle. Une infirmière de cette équipe appellera monsieur dès le lendemain. Nous avons transmis la fiche de recueil élaborée sur la plateforme à ces deux équipes. Nous avons par la suite suivi cette orientation en conservant les liens avec les équipes sollicitées. Ces dernières nous ont confirmées la prise en charge de ce patient sur le CMP et le maintien du lien par l'équipe de liaison en attendant la mise en place du suivi.

Sa souffrance confinée, monsieur Z l'a rendu formulable et partageable. Cette peur sans objet qu'est l'angoisse, cette inconnue terrifiante et parfois paralysante a été perçue, entendue et comprise. La voix d'un autre, rassurante et contenant, traductrice de l'indicible, a rendu légitime une confiance dans le soin clinique et renforcé la possibilité d'un nouvel accrochage vers les dispositifs de soin.

Impact de la crise COVID sur la société, les «psy» à la rescousse

La clinique de la médecine de guerre nous renseigne sur les manifestations symptomatologiques susceptibles d'apparaître face à une telle situation de crise sanitaire mondiale. T. Gilles (2020) explique que « Si les décompensation aigues sont plutôt rare, la clinique opérationnelle retient des manifestations cliniques pauci-symptomatiques témoignant de la tension psy-

⁴ Aurélie Vittoz, psychologue clinicienne exerçant au Centre Hospitalier le Vinatier.

chologique de crise. Sont ainsi décrites des fluctuations thymiques, un raidissement caractériel à l'origine d'une radicalisation des relations interpersonnelles, une majoration de la consommation d'alcool, de café et de tabac, une exacerbation des demandes et une focalisation sur la mission au détriment des investissements antérieurs.». Il retient comme facteurs de stress manifestes : la perturbation de l'ensemble des repères habituels de la vie personnelle qui va se produire très rapidement après l'annonce présidentielle et la confrontation à un danger imprécis, ubiquitaire et imminent.

L'appel téléphonique de monsieur Z traduit toute la puissance de cette perte de repères, cette désafférentation sensorielle, face à un « ennemi » microscopique incarnant un danger invisible. Le confinement a entraîné chacun dans une expérience de déprivation sensorielle particulière, l'abaissement de stimulation de nos sens parfois appelée aussi désafférentation, a été aussi décrite en termes de « carence afférentielle et carence relationnelle » par P.-C. Racamier (1963). Suivant les situations de vie, la baisse des stimulations extéroceptives associée à l'absence de contact avec d'autres humains est source de désorganisation psychique. Certains appelants décrivent une soumission excessive aux exigences du confinement, se privant de toute sortie à l'extérieur, imposant à leur corps habitué à des stimulations sportives, un arrêt brutal. Ils appellent, submergés par des stimulations introceptives intenses, comme si leur vie interne débordait et que des vagues de souvenirs, de sensations intérieures inconnues refaisaient alors surface.

« Les modifications de l'activité intellectuelle, de la pensée et des fonctions d'adaptation perceptivo-motrice sont les effets les plus réguliers de la carence sensitivo-sensorielle. »⁵ commente P.-C. Racamier (1963) en analysant les résultats d'expériences de désafférentation. Les modalités défensives qui se mettent alors en place dépendent des organisations psychiques et de la durée et de la forme d'isolement.

Les données épidémiologiques récentes fournies par la littérature chinoise⁶ établissent que 10 à 15 % de la population vont développer un trouble de stress post-traumatique d'ici quelques semaines, contre une

prévalence de 3% en temps normal dans la population générale. Par ailleurs, d'autres études internationales montrent la forte prévalence du nonaccès aux soins en santé mentale. Une étude européenne a ainsi démontré que près de 3% de la population générale sont confrontés à un besoin en santé mentale non couvert par défaut d'accès aux soins, ce qui représente environ 48% des personnes atteintes de troubles mentaux (Alonso et al. 2007). S. Al Joboory, F. Monello et J.-P. Bouchard (2020) enfin soulignent la grande vulnérabilité des personnes souffrant de troubles psychiatriques : « Elles présentent en effet fréquemment des comorbidités somatiques qui les exposent à un risque accru de développer des formes graves du COVID-19. Elles sont souvent déjà en situation d'isolement social, présentent des risques de ruptures de soins et peuvent avoir des difficultés à respecter les consignes de confinement et à effectuer les gestes barrières. »⁷ Tout l'intérêt d'un tel dispositif est de pouvoir maintenir au mieux, face au contexte sanitaire, le lien à l'autre d'une part et l'offre de soins psychiatriques d'autre part.

Une crise inédite mais des modalités thérapeutiques déjà connues

« Notre rôle d'acteurs en santé mentale consiste, entre autres, à préparer nos concitoyens à ces changements radicaux. La première étape de cet ajustement est une étape de prévention primaire, à laquelle contribuent les cellules psychologiques et de soutien mises en place à la suite de l'émergence de cet événement d'ampleur. Ainsi des plateformes d'écoute destinées à soutenir le corps soignant et la population générale se sont constituées en quelques jours, à l'échelle nationale. »⁸ Le LIVE est issu de cette même volonté de pouvoir soutenir et poursuivre une action thérapeutique face à un événement inédit.

La grande majorité des appelants ont déjà une « culture » du suivi psychologique et du soin psychique. Ils l'ont déjà expérimenté. Ils connaissent les institutions soignantes. Il nous a d'ailleurs frappé la facilité avec laquelle ils trouvaient le numéro à appeler alors même que l'hôpital n'avait pas encore eu l'occasion de

⁵ P.-C. Racamier (1963), Le Moi privé des sens, in *De psychanalyse en psychiatrie - Etudes psychopathologiques*, Paris, Payot, 1979, p. 108.

⁶ Nianqi L., Fan Z., Cun W. et al. (2020), Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter, in *Psychiatric Research*.

⁷ Al Joboory S., Monello F., Bouchard J.-P. (2020), PSYCOVID-19, dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social, in *Annales Médico-Psychologiques*, n° 178, p. 749.

⁸ Al Joboory S., Monello F., Bouchard J.-P. (2020), PSYCOVID-19, dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social, in *Annales Médico-Psychologiques*, n° 178, p. 748.

déployer toute la communication nécessaire autour de ce dispositif et le numéro d'appel. Dans le besoin, ils savaient trouver l'aide qui leur était nécessaire. De même, les psychologues engagés dans cette action ont su s'adapter rapidement à de nouvelles modalités de travail, tant en termes de contrainte horaire que face au mode de fonctionnement de la plateforme téléphonique.

Comme évoqué, « l'angoisse » ou, pour le dire autrement, la manifestation symptomatique d'un trouble anxieux, est l'un des motifs principaux d'appels, que nous avons illustré par la présentation de la situation clinique de monsieur Z traitée par l'une des psychologues de l'équipe. Les manifestations psychopathologiques accueillies de l'autre côté du fil sont des formes cliniques habituelles qui sont, certes plus manifestes ou intenses que d'ordinaire, mais néanmoins connues et avec lesquelles tout clinicien compose déjà. Il s'agit encore et toujours d'accompagner des formes plus ou moins sévères de stress psychologique, de dépression, de crise suicidaire ou psychiatrique.

La permanence du LIVE offre un lien privilégié avec la psychiatrie ; un numéro unique pour toutes les sollicitations, sans contrainte de secteur ou de motif de demande. Le lien avec la psychiatrie parfois perçue comme complexe a, au moyen de la plateforme, permis d'en simplifier son accès, de fluidifier le parcours de soin. La crainte du recours aux soins en psychiatrie est allégée. Le confinement vient estomper la stigmatisation de « patient psy ». Les représentations véhiculées par la société d'un hôpital asilaire, synonyme de lieu d'enfermement tend à disparaître au profit d'un lien certes distancié mais profondément humain et personnalisé. La voix se fait vecteur d'un lien intersubjectif dématérialisé, elle prend une importance toute autre, elle se fait accroche d'un appel à l'aide, elle est demande et solution à la fois. Le regard rendu aveugle par le téléphone – devenu nouvel outil de/du soin – le timbre de la voix, un son, une intonation, un souffle, prennent alors une toute autre dimension. Patient et soignant se prêtent au jeu d'imaginer l'autre au bout du fil, de s'en construire une image, d'associer une représentation.

L'expérience du LIVE a permis de mettre en évidence l'importance de soutenir et accompagner plus que jamais les souffrances psychiques, qu'elles soient personnelles ou professionnelles. Le propos que

nous avons tenté de déployer ici est de montrer que des interventions ciblées et rapides peuvent limiter les effets du stress et prévenir les problèmes de santé ultérieurs notamment en santé mentale mais pas uniquement. L'enjeu est de préserver au mieux l'équilibre psychique de tout un chacun qui est mis à rude épreuve depuis le début de cette pandémie.

Une écoute sans regard, une écoute limitée

Le dispositif téléphonique favorise la communication et se sert de la communication comme un outil thérapeutique ; en ce sens, il encourage la verbalisation des affects ; soutient l'environnement familial et médico-psycho-social ; réduit l'ennui et l'isolement. La création d'une équipe formée par un trinôme s'est tissée autour de ces différents enjeux. L'objectif principal est d'apporter une réponse clinique, face à l'expression d'une souffrance qui nécessite une intervention du soin.

L'écoute parfois anonyme a été l'objet de nombreuses interrogations, comme la volonté de s'engager dans les soins. S. Al Joboory, F. Monello et J.-P. Bouchard (2020) soutiennent qu'un tel dispositif, garant de la confidentialité du patient qui s'autorise à se confier à un psychologue, « *c'est déjà penser un ailleurs qui n'est parfois pas pensable pour arriver à survivre à ce confinement qui réduit notre monde perceptible* ». Il peut arriver que la demande soit davantage orientée vers un soutien téléphonique que vers une demande de soin. Dans ce cas précis l'écouter oriente préférentiellement vers une ligne d'écoute associative ; tout en précisant que l'anonymat n'est pas une entrave à notre accompagnement dans le contexte d'une urgence vitale.

Toutefois la rencontre clinique *par la voix et sans le regard* a ceci de particulier que de confronter l'appelant à cette rencontre virtuelle. A la solitude du confinement, s'ajoute celle de la souffrance psychique et celle de l'écouter qui seul, non pas face à face, mais oreille contre oreille, se doit de puiser dans ses ressources afin d'affiner son écoute. « *Le téléphone permet de parler à quelqu'un sans le rencontrer ; il fait de celui qui appelle une voix et de celui qui écoute une oreille sans tenir compte du corps ni de sa situation dans l'espace.* » (Vasse, 1977).

Cette proximité distante est l'un des éléments significatifs de la clinique par téléphone est confère un vécu d'étrangeté : confier une souffrance à un étranger dont le seul lien transférentiel sera celui du timbre de sa voix. Ce paradoxe évoque une des limites de cette « clinique par téléphone », une réponse est attendue. Hors du cadre d'un suivi psychothérapique, elle doit être suffisamment ouverte pour inciter à aller vers le soin si tel est le besoin. La clinique sur une ligne d'appels exige des réponses non-programmées. Il s'agit de décrocher quand ça sonne, sans possibilité de programmer un rendez-vous. L'ouverture à une réponse thérapeutique se fait en continu, en s'émancipant de toute temporalité psychique. Associer cette injonction à la clinique de la crise, sous toutes ses formes, convoque le professionnel dans une exigence à répondre et mobilise immédiatement une proximité exacerbée par la voix comme unique canal d'expression – et d'élaboration.

L'appelant « obtient » pour ainsi dire une « voix », agissant comme une réponse instantanée face à l'immédiateté de sa demande. En ce sens, et en miroir des pathologies limites, ce type de dispositif répond assez bien aux besoins du Moi (suivant l'expression em-

pruntée à D. W. Winnicott). Les appelants « consommant » les lignes d'écoute pour ainsi dire au détriment d'un engagement plus authentique dans un travail thérapeutique dans la réalité d'un corps à corps et d'un face à face de leurs difficultés. La voix agit alors comme objet attracteur, effaçant la dimension subjective de celui qui écoute la personne au bout du fil.

Une ligne conclusive

A ce jour l'activité de la plateforme se situe à une trentaine de demandes par jour (on utilise volontairement le terme de demande plutôt que celui d'appel, une demande pouvant générer plusieurs appels entrants ou vers des structures partenaires). Les appelants sont aujourd'hui majoritairement des patients ou proches de patient. Cela s'explique notamment par la communication qui a été réalisée au moment de la crise, fortement orientée dans cette direction. Les psychologues bien souvent relégués en seconde ligne, ont ainsi montré toute la pertinence de soutenir et intervenir en première ligne, qu'elle soit téléphonique ou non.

Bibliographie

- Al Joboory S., Monello F., Bouchard J.-P. (2020), PSY-COVID-19, dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social, in *Annales Médico-Psychologiques*, n° 178, p. 747-753.
- Flevaud L., Pham A., Gourevitch R. (2020), Les urgences psychiatriques pendant l'état d'urgence sanitaire, in *Annales Médico-Psychologiques*, n° à paraître.
- Gilles T. (2020), Psychopathologie de crise : chronique des tensions ordinaires en situation sanitaire extraordinaire. Phase 1 : la réorganisation anxieuse, in *Annales Médico-Psychologique*, n° 178, p. 690-694.
- Nianqi L., Fan Z., Cun W. et al. (2020), Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter, in *Psychiatric Research*.
- Qiu J., Shen B., Zhao M. et al. (2020), A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations, in *General Psychiatry*.
- Racamier P.-C. (1963), Le Moi privé des sens, in *De psychanalyse en psychiatrie – Etudes psychopathologiques*. Paris, Payot, 1979, p 108.
- Vasse D. (1977), L'inconscient et le téléphone, SOS Amitié France, consultable sur <https://www.denis-vasse.com/linconscient-et-le-telephone/>

LA TRAVERSÉE DE LA CRISE SANITAIRE EN CENTRE DE RÉÉDUCATION : DES PROJETS CULTURELS POUR CULTIVER NOS RESSOURCES ET RÉSISTER ?

AUDREY JUTEAU

Psychologue clinicienne, Doctorante au CRPPC

Propos introductifs

En mars 2020, la pandémie de Covid-19 a bouleversé nos vies, nos habitudes, nos repères, de façon soudaine et violente. Brutalement, du jour au lendemain, la plupart des français se sont retrouvés « confinés », assignés à résidence... ou « à l'hôpital », en « intramuros » pour ceux qui avaient besoin de soins continus pendant cette période.

Le premier temps a été celui de la sidération, collective et individuelle : le temps s'est suspendu. Azimutés par les annonces gouvernementales en série, les images de services hospitaliers saturés, l'angoisse pour nos proches, nos patients et parfois pour nous-mêmes, ce premier temps a été celui de l'effraction traumatique.

Confrontés à cette épreuve aussi inattendue qu'incertaine, nos institutions ont mis en place, devant l'urgence sanitaire, toute une série de protocoles visant à lutter contre l'irruption du virus et sa propagation éventuelle.

Face à l'envahisseur qui menaçait, les portes du centre de rééducation se sont fermées, comme dans toutes les institutions hospitalières de France. Les cinquante patients hospitalisés n'ont pas pu recevoir leurs proches ou sortir de l'établissement. Ils ont eu, pendant presque trois mois, pour seul horizon leur chambre et le plateau technique de rééducation.

En tant que professionnels soignants, tout corps de métiers confondus, nous avons expérimenté de nouvelles normes et procédures pour pouvoir continuer à entrer au sein de l'hôpital et protéger ainsi les patients accueillis. Masques, blouses, pantalons, surblouses, gel hydroalcoolique, lingettes désinfectantes sont de-

venus le quotidien. Je repensais alors au sas d'habillement pour entrer en néonatalogie, les rituels de lavage des mains, la blouse, la surblouse ; nécessaire pour se rendre au chevet des bébés prématurés. Ce parcours nous rendait plus conscient que d'ordinaire de la vulnérabilité des personnes accueillies dans l'institution. Il donnait également une sensation de bout du monde, d'isolement, d'exclusion ; ce qui n'est pas sans lien avec la problématique des patients hospitalisés en neurologie, décrits par la psychologue Pascale de Potter comme des « blessés sur une île ».

La vie à l'intérieur du centre de rééducation s'est modifiée subitement et toutes ces modifications du cadre de soins ont rapidement eu des effets sur les personnes hospitalisées, générant notamment des vécus violents d'enfermement, d'emprisonnement, d'incompréhension. La tension était permanente, palpable. Certaines personnes avec des troubles cognitifs se montraient plus confuses, plus agressives, d'autres se déprimaient. Ils ont été nombreux à témoigner de leur profond ennui, de solitude, des trop nombreux « temps morts », du temps qui ne s'écoule pas. Les week-ends étaient redoutés, puisqu'ils venaient signifier que les rééducateurs ne seraient pas là pour leur prise en charge rééducative, seule activité encore permise qui permettait de garder des liens, en présence, avec d'autres êtres humains, les visites de leurs proches étant désormais interdites. Je m'inquiétais de savoir comment les patients allaient pouvoir « survivre » à cette privation de liens avec leurs proches, ces liens intersubjectifs qui sont souvent décrits comme les fils qui permettent de tenir du côté du vivant. Je pense à ce qu'écrit Sylvain Missonnier

lorsqu'il parle de l'expérience de son propre AVC : « De fait, quand j'avais une visite, j'avais le sentiment de remonter à la surface de ma vie, en pouvant, enfin, échanger sur ce qui était entrain de se passer avec un allié. Je retrouvais dans ces instants des éléments constitutifs de la continuité de moi-même, dont, jusqu'alors, je n'avais même pas imaginé la suspension possible, pour ne l'avoir jamais véritablement expérimenté »¹. Pendant cette période de confinement, la menace du Covid balayait avec une violence inouïe un des plus anciens remèdes que les hommes ont trouvé face aux traumatismes qu'ils vivent : la présence affective de leurs proches.

Sur le terrain, les professionnels ont cherché à s'organiser, dans une solidarité entre services plus perceptible qu'à l'ordinaire : les rééducateurs venaient par exemple prêter mains fortes aux soignants à l'heure du diner, modifiant leurs horaires de présence pour assurer la distribution des repas en chambre alors que ceux-ci ont d'habitude lieu collectivement, dans la salle de restauration. Malgré leur bonne volonté, la tâche ne leur a pas été facilitée par les instances de direction qui, dans une logique gestionnaire, ont laissé peu de place à ces initiatives et réflexions pour considérer les humains confinés à l'hôpital. La crise sanitaire a ainsi mis en exergue dans les équipes le vécu d'être non seulement lâchées, abandonnées par les instances de direction de l'établissement, mais aussi « empêchées » dans leur tentative de réinventer leurs pratiques, alors que nombreux manifestaient l'envie de contribuer, de mobiliser leur « moi-professionnel » pour organiser la continuité de leurs prises en charge et réflexions pour rendre le quotidien des patients hospitalisés plus supportable. Cela venait révéler les failles organisationnelles du centre de rééducation, le défaut de contenant institutionnel à un moment où nous nous sentions tous si décontenancés par les nombreuses incertitudes du quotidien. Nous avons été nombreux, sur le terrain, à nous sentir révoltés par la façon si peu humaine dont les directions hospitalières ont considéré les personnes hospitalisées et les professionnels du soin pendant ce temps de confinement, dans la lignée de ce dont nous sommes témoins depuis des années, ce que le sociologue Michel Billé décrit très bien dans un article que je vous invite à relire « Vieux corps ou corps de vieux », où il aborde la question de l'homme derrière la gestion des

corps et s'insurge de constater combien le vieux, le malade est réduit à un statut d'objet pris en charge, placé, maintenu et finalement réduit à un corps quasi déshumanisé.

Les encadrants semblaient ainsi tout aussi absents physiquement que dans leurs communications, quasiment inexistantes. La possibilité de maintenir des espaces de débat, de conflictualité, de pensée à plusieurs semblait confinée elle aussi : petit à petit, ce type d'échanges se réduisait à peu de chagrin, les réunions étaient annulées, et lorsqu'il nous arrivait de le faire remarquer aux professionnels participant aux instances décisionnelles, ceux-ci se braquaient défensivement, se barricadant derrière une logique sanitaire certes légitime mais qui, traitant en masse les individus, oubliait le sujet et les enjeux humains qui se cachaient derrière ces prises de décision. Lutter contre le Covid semblait alors à prendre au pied de la lettre, dans une lutte contre le vide et l'absence de pensée, au sens de ce que Cynthia Fleury décrit « Chaque institution n'a pas seulement à affronter la lutte contre le nosocomial « physique », mais contre le nosocomial psychique, au sens où il y a une contamination tout aussi délétère pour les structures de soin, qui n'est pas matérielle mais immatérielle, relationnelle, intersubjective »².

Dans ces moments de crise, notre priorité en tant que psychologue clinicienne a été d'accueillir les vécus des personnes hospitalisées, mais aussi des professionnels qui les accompagnent, dans un travail d'ajustement permanent, saisissant les opportunités d'échanges informels, accueillant les forts mouvements d'incompréhensions, de malaises, de colères de mes collègues, ... Il s'agissait également de soutenir la continuité des soins malgré la perte de nos repères habituels, en acceptant d'être du côté du bricolage pour maintenir le lien thérapeutique (visio avec les familles, consultation par téléphone avec les patients en hôpital de jour...).

Elle a aussi été de s'inscrire du côté de la continuité de nos engagements « à la marge », en tant que co-coordinatrice de projets « Culture et Santé ». Ce dispositif national, relevant d'une politique publique développée depuis 1999 conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de la Culture et de la Communication, a pour objectif de favoriser le développement

1 MISSONNIER S., Petite mort, véritable métamorphose : l'expérience de l'AVC, *Clinique des métamorphoses*, 2020, p. 139 à 166.

2 FLEURY C., *Le soin est un humanisme*, Gallimard, 2019

d'une politique culturelle au sein des établissements de santé. Cette démarche est fondée sur un partenariat privilégié entre un établissement de santé, une structure culturelle et une équipe artistique, qui construisent ensemble des projets relevant de l'ensemble des domaines artistiques, du patrimoine et des sciences sociales.

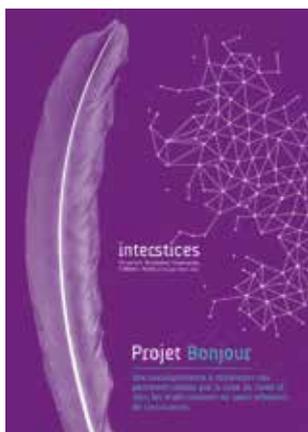
Le projet « Bonjour », en partenariat avec Interstices

Ainsi, trois semaines après l'annonce du premier confinement, l'association Interstices³ qui coordonne ces projets Culture et Santé au niveau régional a proposé aux établissements de santé adhérents de participer à un projet collectif, le « Projet Bonjour », sur une idée originale d'une action menée par l'association Palabras, sociétaire du Pôle Culture et Santé Nouvelle Aquitaine et dans le cadre du réseau ENTRELACS⁴. Ce projet participatif invitait tout volontaire à écrire une lettre à l'attention de résidents ou patients isolés au sein de structures sanitaires ou médico-sociales adhérentes d'INTERSTICES. Raconter à Jeanne sa journée, à Albert ce que l'on observe depuis sa fenêtre, partager avec Lucas une idée de voyage, d'évasion, une passion... Par le biais de ces courriers (écrits, dessins, photos...), il s'agissait « d'apporter aux personnes prises en charge dans ces établissements un peu du dehors, ou plus justement d'un autre dedans. Et peut-être aussi, par la même occasion, un peu de réconfort aux personnes qui les accompagnent au quotidien »⁵. Cette idée spontanée témoigne d'une certaine sollicitude pour les personnes hospitalisées dans ce temps particulier du confinement ; à l'image peut-être des applaudissements aux balcons pour les professionnels de santé. J'ai eu ainsi l'impression qu'en étant contraints au confinement, de nombreuses personnes ont réalisé ce que pouvait éprouver toute une frange de la popu-

lation, à la marge, à savoir les personnes hospitalisées, notamment leurs éprouvés de solitude au quotidien. D'une certaine façon, il s'agissait d'apporter l'« objet-lettre-potentielle fenêtre-potential soutien » aux patients, comme on peut amener un livre, une boîte de chocolat à nos proches hospitalisées, pour leur témoigner de notre compassion.

Il était rassurant de sentir que nous n'étions pas seuls, que malgré le confinement, la toile tissée autour de Culture et Santé continuait à exister. Intuitivement, je me disais que ce projet pouvait nous aider, à un niveau institutionnel, à cultiver nos ressources pour traverser la crise, malgré l'incertitude sur la durée du confinement. J'éprouvais l'idée de « résister ensemble », de ne pas renoncer à poursuivre nos réflexions. Au travers de ces échanges, je ressentais également toute la sollicitude et la préoccupation pour les personnes hospitalisées, et cela me faisait du bien de sentir que ce collectif continuait, contre vents et marées, à se montrer créatif, à inventer de nouvelles formes d'être ensemble, ici au travers d'échanges épistolaires. Il y avait là quelque chose d'inspirant, comme une respiration bienvenue permettant de se saisir du réel autrement. Face aux dangers viraux, à l'éventuelle contamination mortifère, à l'œuvre déstructurante de Thanatos, cette proposition d'Interstices venait insuffler de la pulsion de vie, de l'espoir, de nouveaux possibles.

Après avoir reçu la validation du médecin chef avec lequel je travaille, qui était rassuré par le fait que les courriers soient reçus par mail et non par la poste (le virtuel présente parfois quelques avantages !), j'ai proposé à mes collègues soignants et rééducateurs ce projet, et ils se sont saisis de cette proposition avec étonnement et curiosité. Notre rôle était simple, il s'agissait seulement d'envoyer à l'association Interstices le prénom des personnes pour qui nous pensions que ce projet pouvait être intéressant, avec, si possible, quelques idées concernant les centres d'intérêts desdits patients. En relève infirmière, nous avons recensé chacun des patients, et décidé ensemble qu'il était peu pertinent de le proposer aux personnes les plus désorientées, avec le risque de créer davantage de confusion encore. Ce fut l'occasion d'échanges sur les loisirs et les passions des uns et des autres, et nous découvrions également que certains étaient restés de « parfaits étrangers » dont nous connaissions les constantes médicales mais pas les intérêts singuliers.



3 Inter Structure Territoires Innovation Culture et Santé en Rhône-Alpes

4 Entrelacs - Espace National de Travail, Ressources, Echanges et Liens entre Arts, Culture et Santé

5 https://www.interstices-auvergnerhonealpes.fr/images/2020/documents_pdf/Projet_Bonjour_Valorisation_def.pdf

En tant que coordinatrice, je me retrouvais dans ce projet en position intermédiaire entre l'institution hospitalière et l'association Interstices qui collectaient de son côté les courriers des auteurs volontaires sur tout le territoire français. Je suggérais qu'en plus de l'envoi aux patients, quelques lettres puissent être adressées aux soignants, aux rééducateurs, aux secrétaires, et même aux ressources humaines fortement impactés pendant la crise.

Quelques jours plus tard, nous avons reçu par mail 13 premiers courriers, que j'ai imprimé et mis sous enveloppe au nom de la personne destinataire, puis distribué en chambre. J'ai envoyé par mail les dessins et courriers reçus pour les professionnels. Les équipes ont été particulièrement touchées par cette attention. J'ai constaté que certains dessins avaient été imprimés plusieurs fois et affichés sur les murs de l'institution, aussi bien dans les secrétariats, que sur le plateau technique ou dans les offices infirmiers. Six mois plus tard, ces dessins colorés étaient encore affichés sur les murs.

Du côté des patients, certains témoignaient de leur surprise lorsque je leur déposais le courrier en expliquant le projet, ajoutant qu'ils ne se souvenaient plus depuis combien de temps ils n'avaient pas reçu de lettres. Les réactions étaient marquées par la curiosité lorsque je leur confiais le courrier dans les mains et m'éclipsais discrètement de leur chambre. En entretien, une patiente que j'accompagnais, Gabrielle, a tenu à me faire lire la réponse qu'elle avait préparé à Elise et qu'elle a accepté de partager :

« Chère Elise,
Tout d'abord, merci beaucoup de votre missive qui m'a fait entrer dans un coin de votre univers. Quel plaisir de recevoir cette lettre, car mon Dieu, depuis combien de temps n'en ai-je reçues ! mais peut-être parce que je n'en envoie pas !! Le téléphone, l'ordinateur nous ont fait perdre le plaisir d'attendre le facteur ! Aujourd'hui, c'est une factrice avec un joli sourire qui m'a remis votre écrit, quel beau projet, ce projet Bonjour !

Bon là, je reviens vers vous. Assise dans cette austère chambre d'hôpital, je n'entends pas les oiseaux et pas d'enfants qui babillent ! juste le silence. Mais grâce à vous, j'imagine très bien la scène que vous décrivez si bien et j'entends même le pépiement des oiseaux, je vois les chats lovés au soleil.

Je crois que pour vous, votre jardin est un havre de paix, où la vie ne rentre que par petites touches symbolisées justement par les oiseaux, les chats, les enfants, et les mamans laissant dehors toutes

les difficultés. Je vois aussi cette Tour Perret qui, lorsque vous la regardez, ouvre une fenêtre sur votre passé.

Comme j'aimerais trouver un même havre de paix !

On ne se connaît pas et je ne sais si cette ébauche de conversation aura une suite mais sachez que vous avez fait entrer du soleil dans mes tristes journées et ça m'a réconciliée un peu avec l'espèce humaine.

Je me permets de vous embrasser Elise et encore et encore Merci.

Également bonne journée

Gabrielle ».

Cette patiente et d'autres ont ainsi souhaité poursuivre le dialogue et ont échangé plusieurs courriers, leurs adresses personnelles. Peut-être continuent-ils encore à s'écrire...

Une collègue ergothérapeute me confiait l'engouement pour le projet d'une patiente devenue tétraplégique suite à une chute à vélo et particulièrement éprouvée de ne pas pouvoir recevoir les visites journalières de son mari pendant le confinement. Cette patiente inquiétait souvent le service, notamment lorsqu'elle s'effondrait en larmes pendant certains soins ou lors de la rééducation ; même si la plupart du temps, elle faisait preuve de beaucoup de dignité et de courage dans l'épreuve qui était la sienne. Mme G. refusait poliment l'accompagnement psychologique, évoquant ne pas en ressentir le besoin pour le moment. Elle était de ces patients qu'on connaît à distance et qui, par leur présence au monde, vous touche. *« J'ai eu ce jour le retour de Mme G. qui a bien reçu sa lettre. Elle est vraiment ravie et très curieuse de « cette inconnue » qui lui a écrit. Elle m'a demandé de l'aider à écrire une réponse à sa correspondante. Elle a vraiment envie d'apprendre à connaître la personne. Nous allons donc commencer ensemble demain ! Pour cette patiente, le projet est réussi en tout cas et a attisé sa curiosité et son envie d'écrire ! Merci beaucoup »*. Puis, plus tard, en envoyant la réponse de Mme G. : *« Voici ci-joint la réponse de Mme G. !! Elle a même signé de sa main, elle y tenait beaucoup et disait que c'était plus personnalisé que seulement en mail ! »*.

Ce retour d'expérience me fit sentir combien ce projet modeste pouvait contribuer - au moins un peu - à remobiliser certains patients, les réinscrire dans un élan de vie, dans cette période si difficile. Ils ont également permis à tous - professionnels comme patients - de sentir que nous n'étions pas complètement iso-

lés du monde pendant ce confinement, que d'autres – ailleurs – se préoccupaient pour ceux qui étaient contraints à rester à l'hôpital.

Dans la lignée de la tribune Entrelacs, « Souvenons-nous du futur. De l'utilité de l'expérience Culture et Santé dans les réflexions actuelles »⁶, nous partageons cette réflexion de Pierre Desproges pour qui « *le superflu n'est inutile qu'à ceux dont le nécessaire est suffisant* ».

Le projet «La traversée» - En partenariat avec Stéphanie Nelson, photographe

La plupart des projets culturels que nous construisons au centre de rééducation sont des propositions de créations, individuelles ou collectives (que ce soit du théâtre, de la danse, du cirque, de la peinture, de la teinture...) ou des invitations à des spectacles. Peu des projets prennent la forme de projet testimonial.

Hasard du calendrier, en mai 2020, en partenariat avec le théâtre du Vellein, pendant la Biennale du cirque, il était programmé d'accueillir en résidence un jongleur et une photographe pour le projet « Chemins de traverse ». La situation sanitaire nous a obligés à annuler ces événements, ou au moins à les repousser à de jours meilleurs. Toutefois, je gardais en tête que la photographe, Stéphanie Nelson, avait développé un travail personnel autour de la mémoire, qu'elle soit familiale, collective ou patrimoniale. Nous avions d'ailleurs initialement pensé ensemble un projet où il s'agissait de garder une trace des projets culturels, mais aussi plus globalement des espaces d'entre-deux, les moments de pause, les intervalles, de façon à porter un autre regard sur ce lieu de rééducation.

L'occasion était trop belle pour ne pas la tenter... Petit à petit, commença à germer dans nos têtes l'idée de garder une trace de cette période singulière par la photographie, de rendre visible les changements, ce qui s'éprouve dans notre quotidien bouleversé. Si notre partenaire culturel, le théâtre du Vellein, et la photographe, Stéphanie Nelson, se sont tout de suite montrés enthousiastes à l'idée de ce projet qu'il fallait réinventer pour l'adapter à la situation actuelle, il a fallu nous battre en interne pour faire valoir l'intérêt de cette proposition culturelle. La direction était frileuse et particulièrement réticente à l'idée qu'une personne « non essentielle au fonctionnement du

service » entre dans l'enceinte de l'établissement. Le médecin chef a soutenu et défendu le projet, et il a finalement été convenu que la photographe puisse venir quatre jours en résidence dès que les portes rouvriraient, au moment du déconfinement.

Pendant quatre jours, la photographe Stéphanie Nelson a pu franchir les portes du centre de rééducation pour venir récolter des images et du son (des paroles de patient, de professionnel, des bruits, des murmures...), pour créer un témoignage sensible des vécus de chacun et d'en conserver la mémoire grâce au film photographique « La traversée »⁷, monté à partir de cette collecte.

Pendant toute la période du confinement, j'avais entendu, dans l'intimité de mon bureau, les paroles des patients, accueilli leurs émotions parfois débordantes. Je n'ai pas été surprise d'observer combien ils ont, avec les professionnels, investi cette proposition de témoigner de ce que cette traversée leur a fait vivre. De ce point de vue, les échanges qui ont eu lieu avec la photographe pendant les temps de collectes de paroles et d'images ont constitué un espace intermédiaire riche, offrant la possibilité de mettre en récit ce qu'ils avaient vécu. La présence attentive et respectueuse de la photographe qui prenait le temps d'aller à leur rencontre, d'expliquer le projet, de leur proposer d'échanger et de les enregistrer s'ils l'acceptaient, a permis qu'assez rapidement la confiance s'instaure.

Pendant la résidence, je la croisais peu, mais les collègues que je rencontrais au détour d'un couloir ou d'une réunion avait pour la plupart besoin de me confier qu'ils l'avaient rencontrée. J'entendis à plusieurs reprises que ça avait été « un bon moment », qu'ils s'étaient surpris à avoir plein de choses à dire et que cela faisait du bien de se sentir écouté. Cela m'a surpris qu'ils viennent m'en parler, spontanément, appréciant visiblement ce temps d'échange qui leur était offert. Un temps de reconnaissance.

A mon sens, cela a permis de réinventer des espaces de parole si nécessaires et jusque-là si absents dans l'institution. La sincérité, l'humanité, la profondeur qui se dégagent des prises de parole font de ce témoignage singulier un récit sur la vie en milieu hospitalier pendant cette période de confinement. Il diffère en cela d'un simple documentaire à visée informative. Comme le dit Paul Klee, « l'art ne reproduit pas

⁶ <https://www.l-evasion.fr/ressources/sinformer/actualites/souvenons-nous-du-futur/>

⁷ Lien vers le film : <https://vimeo.com/463021926>

le visible, il rend visible ». En tant que clinicienne, j'ai été particulièrement sensible à la qualité de la forme prise par la réalisation de Stéphanie Nelson, qui a su transformer ces paroles brutes en un témoignage vivant et engageant, évitant l'écueil de la fascination ou du minimalisme. Ici, le film donne à ressentir l'épaisseur de cette traversée pour les patients et les professionnels, dans toute sa complexité, loin d'un discours lisse et aseptisé. Il n'a pas pour vocation de donner à entendre la vérité, mais s'attache à rendre compte de la singularité de cette expérience collective pour les professionnels et pour les patients. Il a permis également de donner à entendre, sur le même plan, les patients et les professionnels dans cette tempête partagée collectivement.

L'oxymore semble être une figure de style adaptée pour rendre compte des différents mouvements mis en évidence dans le film : « et le vide et la présence », « et le sentiment d'être lâché et la solidarité », « et l'incertitude et les repères (la barre d'appui est là, en filigrane, tout le long du film), « et la fragilité et la force », « et le désarroi et l'espoir », « et la violence et la délicatesse », « et la logique et l'incompréhension », « et l'enfermement et la conquête d'une certaine forme de liberté » (le sentiment d'un travail qui retrouve du sens, moins soumis au rythme infernal des temps plus ordinaires)...

Le film débute sur la photo à contrejour de deux bâches semi-transparentes derrière lesquelles on devine une zone rendue inaccessible. Ces rideaux sinistres, précaires, scotchés au plafond d'un couloir nous font entrer dans le théâtre particulier de la scène hospitalière en temps de confinement. D'emblée, se donne à entendre l'idée d'une « bulle », d'un « vase clos », « séparer de l'extérieur pour éviter que le virus puisse entrer et atteindre les patients ». Le rapport au temps et à l'espace se modifie, une patiente se demande « si on vit sur la même planète ». Le caractère à la fois soudain et inattendu, mais aussi marqué par l'incertitude, est évoqué dans toute sa puissance traumatique : « On savait pas. On savait pas quand ça allait se finir. On pouvait pas leur dire « allez, courage, encore une semaine, encore deux semaines ». On savait pas. Personne savait. On ne savait pas quoi dire et je pense que pour moi, le plus dur, ça a été justement de pas savoir ».

Certains patients décrivent ne pas avoir tellement prêté attention aux changements, trouvant certainement suffisamment d'appuis en interne (en eux, ou en étant contenus par le milieu hospitalier) alors que d'autres confient avec force leurs sentiments d'avoir été « emprisonnés, sans jugement, beaucoup plus longtemps que les autres, sans voir nos familles. On a durci sans essayer de compenser. Donc ça a été très dur et c'est une blessure que je garderai toute ma vie ». L'univers carcéral est évoqué, et certaines photos, avec les fenêtres sont fermées, avec des rideaux baissés, ou la vue borgne, ne manquent pas d'évoquer la prison.

Un soignant se met à la place des patients : « moi plusieurs fois j'ai dit, j'aurais été à leur place, j pense que j'aurais péter un câble »... Le vide est très présent sur les photos, les couloirs, les salles sont vides. Dans le discours aussi, la dépression, la privation de liberté sont évoquées, et la façon aussi dont elles viennent contaminer les soignants : « C'était dur les séances avec les patients qui commençaient à déprimer, fortement. Y en a ça pouvait aller loin. Donc c'est dur parce que eux c'est une séance, nous c'est toute la journée. On a des séances tout le temps et tu vois des patients : - Ça va ? - non ça va pas - non ça va pas - non ça va pas, - on peut pas sortir, - on peut pas sortir. Donc c'est long au bout d'un moment donc c'est vrai que toi aussi tu prends toute la journée des ondes négatives ». La photo des deux escrimeurs nous permet d'entendre que la lutte est constante, pour ne pas être happée soi-même par les mouvements dépressifs des patients. C'est tout le rapport à l'autre que cette crise vient questionner.

L'incompréhension concernant certaines décisions prises se donnent d'abord à entendre par la voix des patients : « Souvent le matin on est en bas, 5 ou 6 avec nos fauteuils, on discute, on se voit, donc je vois pas pourquoi on pourrait pas manger ensemble. Et même pour les filles, ça éviterait de trimballer tout ce bazar, enfin je sais pas, d'ramasser les plateaux dans les chambres. Des fois on se demande... », ou encore « J'les comprends pas. Pour moi ils ont pas. Ils ont pas géré. Ils ont géré pour l'établissement, mais pour leur notation. Pour moi, le côté humain ils l'ont pas géré. J'ai hâte de rentrer chez moi car là je me sens en prison ».

Les voix des patients et des professionnels s'alternent, se font écho, raisonnent. On entend une colère sourde, contenue tout au long du film, comme si les

masques que les soignants portent sur le visage les empêchaient de dire trop fort ce qu'ils ressentent.



Et puis il y a cette photographie visuellement très forte d'un soignant assis sur une chaise, avec le masque tenu au bout des doigts. On ne voit pas son visage, mais on

l'entend dire : « On voit aussi les aides-soignantes dans les services où elles ont pas le temps de faire beaucoup de choses alors qu'elles sont là normalement pour accompagner aussi les patients. Et les patients se sentent délaissés mais elles ont pas le choix parce qu'on leur rajoute trop de travail... y'a des choses qui peuvent être mis en place mais on a l'impression ici qu'on ne parle que d'économie. Economie, économie ». Une rééducatrice enchaîne et confie que le confinement n'est « qu'une courte parenthèse avant la reprise du rythme effréné, qui nous rassure pas du tout d'ailleurs. On a pu prendre plus de temps, on a pu avoir plus d'espace, on a pu être plus à l'aise du coup dans notre travail et c'est vrai que pour ma part je suis assez angoissée de la reprise du rythme normal ». L'usure du quotidien, du rythme habituel est palpable. Le confinement apporte aussi une respiration, mais amène à s'interroger et à s'inquiéter de l'après de la crise. Il vient révéler les difficultés rencontrées depuis des années, en lien avec les logiques gestionnaires instaurées où les soignants sont de plus en plus contraints par la charge et le rythme de leurs journées du travail.

Malgré tout, tout au long du film, on ressent toute l'attention portée par les professionnels aux patients, leur présence dans cette grande traversée, malgré les marquages au sol et les écriteaux qui rappellent les gestes barrière, la distanciation à respecter. Sur les photos, nous sommes témoins des gestes, précautionneux, jusqu'à aider l'autre à mettre son masque quand il est empêché de le faire lui-même, du fait du handicap. Les masques cachent une partie du visage mais révèlent les regards, leur vitalité, leur puissance, leur présence, nous donnant à sentir l'importance du regard dans la présence à l'autre, dans la communication non-verbale, ces regards qui en disent long.

Le film se termine sur l'image d'une kinésithérapeute, à genoux devant le fauteuil de son jeune patient qui conclut le film en se demandant avec inquiétude ce

qu'il va se passer s'il y a une deuxième vague, « c'est un peu stressant puisqu'ils ont dit que rien ne sera comme avant. »

En guise de conclusion...

Il est toujours difficile de rendre compte de l'impact qu'ont ces projets sur le corps institutionnel. Ils introduisent un léger mouvement, parfois à peine perceptible, un peu comme les mouvements de notre respiration. Dans ce corps à corps avec la lutte contre le Covid, on ressent combien le risque semblait de « s'engluer » dans des restrictions sanitaires, des protocoles figés, tenant peu compte des problématiques individuelles traversées par les patients et de la souffrance des équipes devant les appliquer. D'une certaine façon, ces deux projets culturels auront permis de « souffler sur les braises d'une subjectivité parfois fort abîmée »⁸, comme le formule avec sensibilité DAVIET O. à propos de sa pratique en milieu précaire.

En somme, il nous semble que ces espaces-tiers Culture et Santé offrent des espaces de résistance dans la vie institutionnelle. Malgré les difficultés internes à l'institution, le cadre du dispositif Culture et Santé, tel un exosquelette, a été suffisamment solide et stable pour pouvoir s'y appuyer pendant la crise sanitaire, en essayant de faire vivre le lien social et culturel, et de faire face collectivement à cette épreuve inédite.

C'est d'une façon plus générale ce que la présence des artistes a permis, notamment sur la toile, pendant toute cette période de confinement. Résonnent ici les mots du chorégraphe Mourad Merzouki : « Dans un contexte de lendemains incertains où l'on navigue à vue, je conçois mon rôle d'artiste comme une responsabilité de rebondir, faire, partager, drainer publics et artistes vers une dynamique positive plutôt que de jeter l'ancre et attendre que la tempête passe. Comme un besoin vital de ne pas se laisser submerger et mettre à profit la passion de la danse, du lien par le mouvement et l'émotion, pour voguer vers un horizon où le plein de vie succède au vide. En ce sens résonnent les mots de Voltaire : « Les passions sont les vents qui enflent les voiles du navire ; elles le submergent quelquefois, mais sans elles il ne pourrait voguer ». ».

⁸ DAVIET O., Rester neutre ou demeurer bienveillant ? Le psychologue convoqué sur le champ politique par la pratique en milieu précaire, *Connexions*, Eres, 2013/2, n°100, p. 111 à 121

D'UNE UNITÉ PSYCHIATRIQUE EN TEMPS DE COVID À LA CRÉATION D'UN GROUPE MUSIQUE

PAULINE SALVETAT

Psychologue clinicienne

À travers cet article, je souhaiterais témoigner de mon expérience vécue au cours de la pandémie du COVID 19 dans un grand Hôpital psychiatrique d'une Métropole et montrer comment à partir d'une crise sanitaire sans précédent, la créativité de l'équipe a pu émerger et donner le jour à un groupe à médiation thérapeutique.

Je suis psychologue depuis 6 ans en « intra-hospitalier », nommé également service d'Entrée ; situé en aval des Urgences psychiatriques, nous recevons en équipe des patients en hospitalisation complète pour une durée de quelques semaines, mois et parfois plusieurs années.

Le service d'Entrée : tous types de pathologies

Dans ce service, tout patient en besoin de soin est accueilli et ses symptômes peuvent être très divers : du délire aux hallucinations acoustico-verbales, des états maniaques à catatoniques, des symptômes de sevrage addictif à un simple séjour séquentiel... Afin de "stabiliser" le patient, il est important de sortir de l'état d'urgence engendré par l'état de crise. L'un des effets primordiaux de l'hospitalisation est donc de contenir l'angoisse, l'urgence, l'excitation... et de permettre la transformation de cet état vers un état plus stable par divers moyens thérapeutiques. Le groupe, entre pairs, encadré par des soignants, peut permettre l'élaboration de cette crise. Celle-ci étant caractérisée par des processus de déliaison, notre travail consiste à créer des conditions permettant l'émergence des processus de liaison.

En équipe, suivant l'état clinique du patient, nous définissons son cadre de soins et certains n'ont pas le droit de sortir de l'Unité. Ils sont alors en « soins sous contrainte » appelés aussi « soins sans consentement ».

Dans ce cas, l'objectif n'est pas punitif mais il est d'assurer la contenance psychique et parfois physique du patient, durant sa crise.

Lorsque le cadre de soins des patients est restreint, lorsqu'on restreint leurs libertés, de l'interdiction de l'accès au Parc de l'Hôpital à la restriction la plus forte, contention en chambre d'isolement, le but est toujours de tenter d'aider le patient à se rassembler psychiquement, c'est à dire à recréer "un dedans", un espace interne, un espace intra-psychique. Mais pas seulement... les soins tendent aussi à aider le patient à retrouver une organisation psychique interne suffisamment « stable » pour qu'il « se sente » mieux et puisse retrouver de l'autonomie psychique.

Là où la pathologie mentale « éclate » le moi et désorganise l'ensemble de la psyché, les soins psychiatriques devraient aider à "contenir la crise", aider le patient à "se rassembler intérieurement" en relançant les processus psychiques, primaires et/ou secondaires. Le temps de l'hospitalisation est donc également un temps d'élaboration, de reconstruction interne de

l'histoire intime du sujet, de liaison entre ses affects, parfois violents et leurs mises en représentation.

Fonctionnement de l'Unité en temps de confinement

Le travail s'organise donc en équipe. A cette période, avant l'annonce de la pandémie, nous travaillions avec deux psychiatres (présents chacun deux jours par semaine), une assistante sociale à temps plein, deux à trois infirmier.e.s (deux du matin 6h-14h, deux d'après-midi 14h-22h et un autre de journée quand cela était possible) une psychologue, moi-même, à mi-temps, et une psychomotricienne présente un jour par semaine. Les infirmier.e.s du matin, du soir et de nuit sont toujours doublé.e.s d'un.e aide-soignant.e.

Durant la pandémie, les psychiatres et moi-même étions à temps plein sur l'Unité, afin d'éviter le déplacement dans d'autres bâtiments et ainsi limiter les possibilités de propagation du virus. Au début, pendant le premier mois, la charge de travail a été beaucoup plus lourde à cause des changements radicaux dans nos prises en charge et l'environnement très anxiogène.

Tous nos repères, physiques, psychiques, spatio-temporels ainsi que nos habitudes ont été bousculés d'un jour à l'autre, par la mise en place d'un système sanitaire d'urgence national dit « Plan Blanc » de niveau 3, le même que pour une attaque terroriste de grande ampleur...

Nous nous retrouvions donc dans une situation complexe car nous, soignants, devions écouter, soutenir et accompagner les patients face à cette catastrophe mais nous vivions également ces mêmes angoisses. Même pays, même crise, même restrictions, mêmes peurs... Comment accueillir en soi toutes ces « sensations bizarres » qui les submergeaient puisque nous étions dans le même état et ne savions encore poser des mots pour nous-mêmes, en sidération. Les mots pour dire, pour définir ces états d'âme étranges et inquiétants. Se recréer un espace mental disponible ? J'ai pensé à « Espace Mental » de S. Resnik et en ai parlé dans le service. Lire chaque jour quelques lignes de ce livre me permettait comme d'ouvrir un espace interne, de me décoller de cette réalité trop angoissante. Dans son livre, l'auteur déroule des séances de thérapies analytiques avec ses patients, à la rencontre de leur affectivité discordante ou barrée de l'autre.

« La notion d'espace mental comme vérité géométrique et corporelle vivante et en perpétuel mouvement, comme en un monde post-euclidien régi par la tridimensionnalité qui se déploie dans le temps, c'est à dire dans la quadridimensionnalité »¹. Sa lecture me permettait de prendre conscience d'un espace mental comme écrasé, vide ou plein de confusion. Je ressentais comme essentiel de reprendre conscience du mouvement, du temps et surtout du corps ; avec la question de l'écoulement du temps par exemple, d'un devenir et d'une finitude. Reprendre la capacité à penser et sentir à l'intérieur, un corps comme contenant avec une mémoire et riche d'une histoire. La tâche était complexe car les jours passaient et se ressemblaient fortement, écrasant cette notion du vivant, du mouvement et du temps. En en parlant dans le service, une infirmière me l'empruntera sur la durée de la crise, pour en faire son livre de chevet. J'y ai vu ici une forme de transmission.

La peur de la « vague » annoncée dans les médias, le décompte des morts chaque jour, la fermeture de certains services pour libérer du personnel soignant (et augmenter leur nombre dans les unités jusqu'à atteindre des sureffectifs !), l'obligation du port du masque (lorsque nous en avons enfin reçus) et de la tenue « blouse blanche » pour l'ensemble des corps de métier, dont celui des psychologues et des psychiatres (ce qui n'était pas le cas avant la pandémie) ont participé à cet état de sidération. Habillés habituellement comme nous l'étions dehors, en venant de la cité, les blouses, pantalons blancs et masques chirurgicaux nous ont comme dépersonnalisés (au moins visuellement). Les patients ont commencé à nous confondre dans nos corps de métier. J'ai été et je suis encore confondue régulièrement avec une infirmière. Plus de différenciation visuelle entre équipe infirmière, assistante sociale, psychologue et psychiatre... Collage du vécu, angoisses en miroir et indifférenciation vestimentaire. Tout semblait s'ajouter pour « perdre le fil » relationnel avec les patients. Fil invisible, matière indispensable à la distance psychique nécessaire au soin, c'est à dire un espace de réflexivité et de créativité. Mes rêves ont perdu leur légèreté. Mes nuits n'ont été que maisons envahies d'une foule d'inconnus, d'un trop, d'un débordement d'êtres humains, d'une trop grande proximité... Mais la mort n'y faisait pas encore son apparition.

¹ P24 « Espace Mental », Salomon Resnik, ed : Erès, Toulouse, 1994

Comment continuer à soigner alors ? Comment travailler la différenciation, travail thérapeutique si précieux et indispensable en psychiatrie ?

L'organisation du service a aussi participé à ce collage en une sorte de collapsus car les espaces de transitionnalité ont été comme « écrasés » : les réunions pluridisciplinaires ou inter-services ont été annulées. Les liens entre professionnels des autres unités pour travailler au soin et aider à l'élaboration des problématiques des patients sont devenus inexistantes. Nous avons cependant pu sauvegarder la réunion clinique de notre service avec un maximum de six personnes mais celle-ci a été déplacée dans le réfectoire où mangeaient habituellement les patients afin de respecter le « mètre de sécurité sanitaire » entre chaque personne. En effet, le temps du repas en collectivité, de temps groupal pour les patients a été individualisé, divisant ainsi les parties d'un tout : chacun a été isolé seul dans sa chambre devant son plateau repas. « Manger seul nous tue », me dira l'un d'eux. Et c'est à l'équipe de manger au réfectoire, à la place des patients, car la salle du personnel était devenue trop petite. Inversement des cadres encore : les soignants occupent les places des patients.

De plus, fermé sur l'extérieur, l'alcool, le cannabis et tout autre stupéfiant ne pouvait plus circuler dans le service. Empêchés dans leur rapport immédiat à l'objet addictif, les patients ont été souvent, pendant le premier mois, en prise à une excitation psychique importante (effets de manques ou « craving » ...).

L'ensemble des mesures prises afin de limiter la propagation du virus, potentiellement mortel notamment aux vues de la grande vulnérabilité des patients accueillis dans notre Unité, venait couper les liens physiques, psychiques et relationnels que nous tentions désespérément de tisser afin de soigner. Le service, toujours ouvert, devait être fermé en permanence, limitant ainsi les allées et venues de tous. Un patient compara l'Unité à une prison. Et la sonnette placée à l'entrée obligeait les soignants à interrompre leur travail à chaque demande d'entrée ou de sortie créant ainsi comme des trous dans l'enveloppe de contenance que nous nous efforcions de maintenir afin, comme je l'ai dit, de limiter les angoisses. Les effets de la pandémie semblaient détruire l'humanité au cœur du soin. Les liens sociaux et les rapports humains ont été attaqués, pouvant faire écho à la

pulsion de mort active au sein des pathologies traitées. Les frustrations et la colère des patients, liées à toutes ces restrictions de liberté, ont, dans un premier temps, fait éclater la violence et les passages à l'acte dans le service. Mais c'est également ce qui se passait à l'extérieur, dans la cité et nous avons vu arriver des patients pour crises d'agitation sur la voie publique avec idées délirantes et actes suicidaires (un patient persécuté par la situation délirait qu'il était lui-même le virus, tous cherchaient donc à l'exterminer). Dans l'Unité, nous pouvions leur proposer des traitements pour les apaiser mais aussi de la présence et du lien.

Une patiente d'une soixantaine d'années, schizophrène depuis ses 20 ans m'a demandé si le virus existait vraiment. Elle avait passé une grande partie de sa vie en Hôpital psychiatrique mais n'avait jamais vécu ce type de changements aussi radicaux. Pour elle, cela n'était « pour l'État qu'une façon de plus de nous contrôler ». Elle me demanda si moi-même j'en avais vu des morts. J'étais bien embêtée pour répondre... en effet je n'en avais vu qu'à la télévision. Cet échange avec elle me fit prendre conscience qu'en plus des bouleversements structurels dans l'Unité, les patients pouvaient ne pas avoir conscience ni comprendre cette crise, dans un rapport « altéré » à la réalité, du fait de leurs pathologies.

Changement d'ambiance au bout de quelques mois

Dans ma position de psychologue institutionnelle, j'ai écouté et tenté de contenir les angoisses des membres de l'équipe mais dans ce contexte très particulier, j'ai aussi évoqué les miennes avec eux. La société tout entière vivait un moment étrange, privée de liberté, confrontée à la mort. C'est comme si les choses s'étaient inversées : notre liberté de paroles, de décharge aussi parfois, nous la trouvions dans notre travail, dans le service auprès des collègues et non plus à l'extérieur, auprès de nos proches, dans notre intimité, puisque nous en étions privés. Les patients ont alors pris une autre place dans ma psyché, je pensais continuellement à eux, peut-être avaient-ils pris la place de mes relations sociales ?

Des affinités, des alliances se sont créées entre les membres de l'équipe. Tous unis pour survivre ? Au plus fort de la crise, une question émergea faisant suite aux nouvelles dans la presse : pourrions-nous envisager de dormir sur place avec les patients pour

éviter de faire circuler potentiellement le virus du dehors au dedans... Difficile de répondre à la question, la situation était insoutenable (certains n'ont pas pu rester travailler) et ne nous permettait pas de faire l'impasse sur nos espaces-ressources extérieurs. Le collage dans cette période, d'un même vécu traumatique était déjà assez fort et donc douloureux car pouvant comme emprisonner la pensée. D'ailleurs je remarquais que nous parlions beaucoup entre nous mais nous parlions toujours et encore du virus et de la pandémie. Quelques digressions parfois mais nous y revenions coûte que coûte. Pourrions-nous voir ici les effets du traumatisme où la pensée se fait boucle comme une forme de bande de Möbius ? En tout cas, nos pensées étaient comme enfermées, comme en miroir de ce confinement planétaire. Où et comment trouver une forme de renouveau, d'oxygène et de créativité de la pensée ?

Soutenue donc par ce ressourcement mince, mais possible, à l'extérieur de l'Hôpital, d'autres idées ont émergé. Inspirée des vidéos humoristiques déferlant sur le web, une infirmière nous a présenté sa propre composition parodique d'une séance de sport en plein confinement ! Rires et autodérision garantis ! Chacun trouva ses moyens de survie. J'encourageais l'équipe à créer et un poème a vu le jour. J'ai pensé que nous pourrions commencer un fanzine de l'équipe... Contre toutes attentes, le contexte de cette pandémie, dans notre équipe, a renforcé les liens grâce à nos échanges à partir de nos vécus intérieurs, nos éprouvés et notre humour.

Nous pouvons faire l'hypothèse que cette convivialité, ce tissage de liens entre nous a pu participer au portage, au sens de D. W. Winnicott, et à la réassurance des patients. « L'ambiance » de l'Unité est devenue plus calme, comme si nous tous avions fini par « faire avec » la situation et transformer nos angoisses en mots ou en jeux (exemple de la vidéo humoristique de l'infirmière).

Les services sociaux fermés et les projets en suspens, nous avons du temps, beaucoup de temps et pour ne pas laisser l'ennui et le mortifère s'installer, deux autres infirmières ont proposé de petits groupes dans le jardin de l'Unité (paradoxe de la situation : tenter de créer du lien en respectant les barrières et distanciations sociales entre les individus) à partir de médiations qui leur faisaient plaisir. De façon informelle est

apparue un jeu sportif (sans ma présence, avec deux autres infirmières) puis des jeux de mime ou bien un " blind test " où il fallait deviner la musique diffusée par nos téléphones portables. Un petit jardin potager a vu également le jour un dimanche du mois de Juin. De petits groupes de trois patients et deux infirmières se sont organisés pour des promenades dans le grand parc de l'Hôpital. Lors de ces moments privilégiés, les soignants ont découvert les patients dans un autre contexte et les observations cliniques ont pu être reprises lors des réunions cliniques que nous sommes fières d'avoir pu maintenir dans le grand réfectoire du service grâce au médecin et à la cadre qui ont toujours soutenus cet espace d'élaboration d'autant plus précieux en tant de crise.

Afin de penser ces groupes à partir des patients, certains m'ont demandé des livres sur les pathologies psychiatriques. Un réel travail de réflexion personnelle pour les membres de l'équipe a pu s'amorcer : concernant la distance et la relation au patient, ce qui pouvait « se jouer » dans cet entre-deux. Ces temps de prise de recul et d'élaboration sont quasi impossibles en temps hors confinement du fait du temps très court entre les entrées et sorties des hospitalisations des patients et de la charge importante de travail administratif que cela implique.

Nous pouvons faire l'hypothèse que ces questionnements ont émergé comme une tentative de se décoller de cette trop grande proximité avec les patients mais aussi grâce au temps qui s'étirait parfois sans fin, rythmé seulement par les tâches primaires dispensées par les soignants (repas, douches, prise des traitements, levés et couchés). J'ai eu cette impression de vivre au temps de la psychothérapie institutionnelle telle qu'on peut la lire chez Jean Oury, par exemple.

Bien plus tard, j'ai eu la grande surprise de comprendre que notre travail « avait fait trace » dans la psyché de certains patients : six mois après, l'un d'eux, de retour pour une hospitalisation, m'a reparlé de son plaisir d'avoir participé à ces petits groupes et a questionné leurs disparitions.

En tant que psychologue, j'ai également proposé une médiation un peu particulière pour une de nos patientes en chambre d'apaisement (isolement en chambre fermée à clef). Madame est malade depuis ses 17 ans et lors de ses nombreuses hospitalisations, elle a pu rencontrer bien des médecins et des équipes

différentes. Âgée d'une cinquantaine d'année elle est diagnostiquée bipolaire, passant d'états mélancoliques, ne pouvant ni s'alimenter ni même sortir de son lit pendant plusieurs mois, à des états de « furie maniaque » ; perturbant l'ensemble du service en invectivant les patients ou bien hurlant pendant des heures dans sa chambre d'isolement à en perdre la voix. Pendant des périodes de quelques mois, elle arrive à se contenir et être en lien avec nous. Impossible de lui trouver un « ailleurs » car résistante à beaucoup de médicaments, elle ne se stabilise pas psychologiquement depuis la mort de son mari en 2015. Seule dans sa chambre, isolée, je passais toujours un peu de temps avec elle et dans cette période de confinement, elle m'a demandé si je pouvais lui lire un livre. Deux fois par semaine, une médiation lecture s'est donc improvisée avec elle. La chambre d'apaisement n'a pas de chaise et tout le mobilier est vissé au sol. Je pouvais donc seulement m'asseoir sur son lit, lire et lorsqu'elle glissait lentement vers un léger ronflement, j'avais comme l'impression de bercer un enfant. Cette notion de « nursing » ou « holding » au sens de D. W. Winnicott est prépondérante dans notre travail. L'hospitalisation crée une régression psychique et cette situation, en chambre, au chevet du patient en est presque l'archétype.

D'humeur de plus en plus stable, nous avons continué les entretiens-lecture dans mon bureau. Dans un cadre moins intime qu'est la « chambre à coucher » et toujours à un mètre de distance, j'ai pu continuer à jouer et éprouver chaque personnage du roman. Michelle ne s'est plus endormie. Nos rendez-vous chaque semaine sont passés d'un à deux, puis d'une demi-heure à trois quart d'heure pour qu'elle ait le temps de me raconter les liens qu'elle-même faisait entre l'histoire du roman et sa propre vie. Passant du rire aux larmes, ce temps de lecture a été une évasion, une escapade imaginaire dans les vicissitudes des habitants de l'île de la Réunion, une bouffée d'oxygène pour moi également en ce temps de confinement.

De la cohésion d'équipe à la création d'un groupe pérenne

C'est dans ce contexte, entre angoisse de mort, sidération, confinement puis tentatives de survie psychique, amorce de créativité et bribes de groupes informels, que deux infirmières, Annabelle et Caroline,

sont venues vers moi pour la création d'un groupe pérenne, au sein du service.

J'avais déjà discuté avec l'ensemble de l'équipe pour co-construire et porter un groupe au sein de l'Unité. Je repris mes veilles notes d'idées de groupe (écrites avant la pandémie) et j'en discutais avec Annabelle et Caroline. Il nous a semblé important de proposer un groupe "ouvert" de façon à pouvoir accueillir tous les patients quels que soient leurs pathologies et les symptômes tout en s'assurant qu'il soit assez contenant pour permettre un travail psychique de mise en liens internes (intrasubjectif) mais aussi avec les autres (intersubjectif). L'enveloppe psychique d'un groupe est une création progressive, dans le temps. Elle demande de l'investissement de la part des soignants, des patients, mais aussi de l'Institution. Le confinement dû à la pandémie et le ralentissement forcé des activités du service semblaient le permettre.

Mon travail dans l'Unité a donc été, entre autres, avant la création de ce groupe (et en lien avec lui), un travail intense auprès des membres de l'équipe infirmière pour les aider à penser leurs modes de relations et leurs positionnements par rapport aux patients. De façon naturelle ce sont ces temps-là qui ont été davantage investis par les soignants lors de ce confinement. Et ce sont Caroline et Annabelle, les deux infirmières, qui m'ont sollicitée pour « mettre en pratique » nos échanges et ainsi proposer un groupe à médiation thérapeutique.

Cette période de confinement m'ayant permis de mieux connaître chaque membre de l'équipe et de me faire connaître d'eux, nous avons découvert notre amour commun pour certains médias, notamment la musique. Et, alors qu'un jour nous tentions un groupe mime sur la terrasse, Mme C. une patiente schizophrène (et caractérielle) m'avait interpellée et proposé la musique comme médiation prenant comme exemple la chaîne de télévision musicale qui tournait souvent en boucle dans le service. « Pourquoi vous ne prenez pas ce qui est déjà là ! » m'avait-elle hurlé. Son intervention donna du sens à notre projet et c'est donc cette médiation que nous avons choisie.

Rose Gaetner écrit : "Le plaisir que l'auditeur retire de la musique est infini, multiple et non mesurable, ce plaisir varie d'un individu à l'autre, car il prend source dans l'intimité de chacun, liée à son histoire,

histoire qui s'élabore au travers des liens familiaux et sociaux"².

Annabelle et Caroline firent remarquer que la musique était universelle, qu'elle pouvait être différente (par le son, rythme, parole et son utilisation...) dans chaque pays et culture mais qu'elle permettait aussi des "ponts" entre les uns et les autres, malgré les différences culturelles et de langues. Effectivement, la chaîne de TV musicale rassemblait divers patients dans le service et tous, quelques soient leurs différences culturelles et ethniques (notre Unité accueille des patients d'origines bien différentes), tous regardaient la même chaîne, ensemble ; que le clip de musique soit en anglais, en français, en arabe, en espagnol, en italien... En pleine crise d'une ampleur internationale, peut-être éprouvions-nous le besoin de nous rassembler, dans notre travail au sein des patients et ainsi de leur proposer un espace de rencontre, au-delà des différences ethniques et partager nos éprouvés, nos petits bouts d'histoires, du vivre ensemble, à travers la musique (les émotions ressenties et les paroles).

Ma présence en continu sur la semaine (contrairement aux infirmiers qui étaient en roulement) me permettait de contribuer à tenter de construire au mieux une enveloppe pour le groupe, au niveau méta. Toujours dans ce sens, nous avons décidé de prévenir les patients chaque veille de groupe, à l'aide de carton d'invitation lors du passage des traitements en chambre.

Quelques mots du groupe musique

Le groupe avait donc lieu le lendemain, les jeudis de 9h45 à 10h45. Après présentations des règles fondamentales du groupe thérapeutique (non jugement, respect et non-violence), nous proposons la consigne suivante : "choisissez une musique que vous aimez et après l'avoir écoutée tous ensemble, dites-nous pourquoi vous l'avez choisie, à quel souvenir vous l'associez".

La toute première fois, nous avons proposé le groupe sur la terrasse. Le lieu était très passant mais nous pensions ainsi intéresser et toucher le plus grand nombre de patients en venant à leurs rencontres.

C'est un lieu passant, entre le dedans du service et le dehors, le jardin "privé" de l'Unité. Les patients y viennent souvent, tout au long de la journée, pour "prendre l'air" ou fumer une cigarette.

Au tout début du groupe, treize patients se sont assis avec nous. Une première patiente prit la parole. Elle ne voulait pas proposer une musique mais nous chanter sa propre composition. Notre but étant de partager un moment ensemble de plaisir autour de la musique, pourquoi refuser cette proposition qui s'offre à nous ? Nous avons donc accueilli "ce qui venait" en contenant du mieux que nous pouvions, à partir de notre cadre interne. Elle se mit naturellement au centre du groupe, de manière à être bien vue et entendue. Nous avons été stupéfaits de sa performance vocale et émus par les paroles, au sujet d'un oiseau, empreintes de désir de liberté. Thème tout à fait significatif en cette période de confinement et privation de liberté ; d'autant que la terrasse était fermée et entourée totalement d'un grillage ! Cette dame avait réussi à nous transporter, comme si un instant nous avions été des oiseaux, prêts à s'envoler...

Sauf que Mme C. vint lui couper la parole pour la faire stopper net. Connaissant ses habitudes de détruire le collectif et d'insulter, nous lui avons demandé de sortir, chose qu'elle a immédiatement fait avec une attitude comme soulagée et apaisée. Après-coup, nous avons regretté d'avoir proposé une sortie à la patiente plutôt que d'essayer de la maintenir dans le groupe. Mais, même par la suite, cette tâche s'est avérée très difficile. Madame n'est plus venue dans le groupe mais y a toujours « jeté un œil » en passant.

Durant le chant, trois patients se sont levés pour danser au milieu du groupe. Puis, comme « revivifiée » par cette performance, une autre patiente, Mme Ma., d'une cinquantaine d'année demanda à passer une chanson de François Valéry : "Aimons-nous vivants". Elle expliqua qu'elle avait choisi cette musique car le chanteur avait les mêmes origines qu'elle. Elle partit dans une longue tirade quant à l'histoire de l'auteur. Atteinte de schizophrénie, Mme Ma. fait preuve d'une forte personnalité mais ses propos sont souvent désorganisés et particulièrement denses en informations, forte d'une culture générale impressionnante. Les paroles nous invitaient à rester vivants dans le chaos actuel, à profiter de la vie et ne pas « attendre la mort pour aimer ». Quelque peu logorrhéique, nous

² De l'imitation à la création : Les activités artistiques dans les psychoses", chap II "Musique et musicothérapie", Rose Gaetner, ed : PUF, Paris, 2016.

avons été obligés de la recentrer sur le sujet du groupe et le partage avec les autres.

Ensuite, M. P. d'une quarantaine d'années, diagnostiqué paranoïaque, déjà bien agité durant le groupe, prit la parole. Paradoxalement non-gêné par le regard des autres, il avait déjà dansé et chanté durant la performance vocale. Là, il proposa la chanson "Gasolina" de Dandy Yankee, dont les paroles sont en espagnol. Pour lui, elle signifie "il y a une caméra dans la maison" (non dans le texte officiel). Il nous dira qu'il l'a choisie simplement parce qu'il aime danser en écoutant. Être tous ensemble semblait une fête, comme une lutte un peu maniaque contre ses angoisses. Il exposait son corps sans gêne apparente, mais ses angoisses d'intrusion transparaissaient dans les paroles qu'il nous donnait de sa chanson... Monsieur avait (re) décompensé suite à l'annonce de la pandémie. La présence et la traque permanente du virus avaient comme réactivé ses angoisses paranoïaques.

Puis, dans une position plus dépressive, M. L. plus jeune, d'une vingtaine d'années, partagea l'écoute de son artiste préféré: "Tiken Jah Fakoli". Sur un son plus lent de reggae, personne ne se leva pour danser. Tout le monde resta pour l'écouter et j'ai eu l'impression que l'atmosphère s'allégeait. Le groupe semblait se détendre et le soleil perçant sur la terrasse amena avec lui un brin de chaleur. M. L. parla ensuite de l'histoire de l'artiste, né en Afrique comme lui.

Les patients pouvaient parler d'eux, de leurs états internes: de leurs espérances, leurs désirs, leurs fantasmes, leurs histoires ou leurs angoisses mais sans parler d'eux directement. La médiation pouvait leur permettre de trouver des mots pour exprimer ce qui existait au dedans d'eux tout en parlant d'un autre. La médiation semblait jouer son rôle. Et les états d'angoisse dus à la pandémie, au confinement (et donc à la promiscuité forcée comme à l'isolement au moment des repas) et contraintes sécuritaires pouvaient trouver ici une issue pour se dire, se partager et peut-être s'élaborer.

Par la suite, nous n'avons pas réitéré l'expérience sur la terrasse mais à l'intérieur, au réfectoire situé au centre du service, afin de limiter l'excitation pulsionnelle et les débordements; avec ce même dispositif sur une période de 6 mois. Nous avons eu parfois jusqu'à dix patients et parfois seulement deux. Mais à chaque fois, nous avons partagé une histoire et tra-

versé des états émotionnels forts en lien avec la singularité de chacun.

Enfin, je souhaiterais dire quelques mots sur les changements apportés au dispositif du groupe. Suite au premier bilan de 6 mois, nous avons décidé de supprimer la danse, le chant ou toute autre activité motrice pour favoriser ainsi l'écoute des différentes musiques proposées par chacun. La tâche était bien difficile pour certains patients car ce nouveau dispositif les amenait davantage vers leur intériorité (en stoppant la mobilité, la décharge des tensions psychiques et affectives dues à l'écoute des musiques). Et du fait des pathologies, d'un moi éclaté, cette intériorité était parfois bien compliquée à trouver et notre rôle a consisté à les accompagner vers la création de cette enveloppe interne, en appui sur l'enveloppe et l'appareil psychique du groupe dont nous étions les garants.

Conclusion

Cette expérience durant la pandémie du Covid-19 a certainement laissé des traces en chacun d'entre nous, des traces mêlées d'angoisses, de peurs, de colère mais elle a aussi permis l'expérience de fraternité, de partage et d'humanité. Nous avons tenté tant bien que mal, touchés comme les patients par cette crise internationale, de continuer de prendre soin d'eux. Et peut-être qu'eux-mêmes ont pris soin de nous en verbalisant leurs angoisses, en partageant leurs émotions avec nous, en nous faisant confiance en passant par la relation de soin.

Bibliographie

- Gaetner R. (2016). De l'imitation à la création, Paris, PUF
Resnik S. (1994). Espace mental, Toulouse, Eres.

BLANDINE BRUYÈRE CHEZ LES COSAQUES EN DIRECT D'UKRAINE

BLANDINE BRUYÈRE

Psychologue Clinicienne,

Docteure en psychologie et psychopathologies cliniques

Mental Health and psychosocial support MHPSS Coordinator.

Chercheur associée Université Lyon 2.

Nouvelles aventures, nouveaux décors, nouvelles ambiances. Enfin, pour certaines choses pas vraiment...

Une urgence humanitaire, c'est un « tas » de gens qui court de partout comme des poulets sans tête, qui font des évaluations des besoins en suivant bien sagement les questions des guides de recommandations, mais qui au final n'écotent pas les demandes et par conséquent, ne répondent qu'à leur besoin, à eux, c'est à dire dépenser les dizaines de millions de dollars, et autant d'euros, qui sont en jeu dans cette nouvelle crise.

Mais ça, on le sait déjà. Tout le monde en parle bien assez, et partout. La dimension intéressante est, comme je m'y attendais, de voir arriver les ONG et leurs modèles : ceux qu'on applique en Afrique, en Asie, ou au Moyen Orient, avec perte et fracas. Le tout dernier tout frais émoulu s'appelle Common Elements Treatment Approach (CETA). Ça vient de sortir de l'université John Hopkins et c'est encore une merde sans nom, un nodule vide de pensée... mais c'est evidence-based... et bien sûr, il faut l'utiliser en Ukraine ! Coût du droit d'utilisation : 500.000 dollars (sic)

Oui, aux USA la propriété intellectuelle est un vrai business ; comme l'industrie humanitaire. La folie de ce système d'aide et la globalisation qui l'accompagne atteindra sans doute un seuil ici. Comment penser que ce qui est produit (et pas élaboré) pour couvrir des besoins en santé mentale et faciliter l'accès aux soins psy dans des pays à très faible ressources (aussi en nombres de pys) puisse s'appliquer à la lettre à des pays aux ressources bien plus importantes ?

On se met à vouloir apprendre aux pys comment travailler avec des gens en détresse, mais en leur demandant de faire moins bien que ce qu'ils font habituellement.

Ce n'est pas complètement nouveau puisque les Pays-Bas forment déjà leurs médecins généralistes au MHGap (de la psychiatrie chimiste au rabais, soi-disant pour rendre accessible les soins pys au plus grand nombres). Et on a vu en France des IFSI supprimer les modules de formation psy en les remplaçant par des formations au "premiers secours psychologiques" (re-sic)...

Donc moi j'ai envie de leur dire à tous ces représentants de commerce de la santé mentale humanitaire : "Euh, ça va ? on ne vous dérange pas ? Vous n'avez pas l'impression d'apprendre à une vache comment faire du lait ? Bon c'est la première image qui m'est venue, allez donc savoir pourquoi ! Peut-être les champs de blés et de colza à perte de vue ont eu un effet « madeleine » sur moi...

« Bref, les gars, on est en Europe, et même si l'Ukraine n'a pas le plus gros PIB du continent, les psychiatres ça existent, de toutes les tendances possibles et imaginables d'ailleurs, pareil pour les psychologues... Beaucoup dans le privé c'est vrai, mais aussi beaucoup dans des associations d'entraide et de pairs... »

Ah mais les américains comprennent « association », comme un ensemble de personnes avec des cartes de membres... Ce n'est donc, pour eux, pas une Organisation (merci de sous-entendre compagnie ou business) ! Donc on ne peut pas travailler avec eux ! Alors là, j'hésite entre et ou encore . Comment une asso-

ciation pas une organisation ? C'est quoi alors ? Voilà, encore un écart de langage de concept et de culture... une association n'est pas une entreprise. Ben les ONGs non plus non? Raaaaaaghhh Come on... you know what I mean! Euh non!

Donc en tant d'organisation internationale, on ne peut pas faire d'alliance avec une association...

Comme je suis devenue plus sage, je dis juste "ah bon ? », le débat est inutile, tenter d'expliquer l'institué, l'institution, l'organisation, je les perdrais immédiatement. Donc j'attends que les cowboys de passage, fascinés par l'urgence, et aux prises avec la position héroïque s'en aillent pour faire la place à des équipes plus stables et enfin pouvoir faire des choses un peu plus malines.

En Ukraine, la Gestalt est majoritaire ; c'est l'approche la plus enseignée et utilisée. A côté de cela, on compte une Société psychanalytique nationale (inscrite à l'IPA) avec des sociétés régionales, des associations de psychologues pour chacun des courants existants dans le monde ou presque, et surtout, une communauté de psys qui, depuis l'indépendance du pays en 1991, travaillent largement sur les questions qui sont celles que traversent leurs concitoyens aujourd'hui (précédente guerre de Crimée en 2014, chute de l'empire soviétique, révolution orange) bref, la crise et les violences collectives, ils connaissent... et tout le monde ici s'y collent.

En revanche, comme beaucoup de psys ont quitté le pays, il n'est pas toujours facile d'identifier les membres présents et actifs de ces organisations, donc si jamais certains d'entre vous avaient des connexions avec des gens qui connaissent des psy ou organisations de psy en Ukraine, je prends.

Les soutenir dans leurs pratiques et dans la situation actuelle me semblerait sans doute bien plus pertinent... mais au lieu de ça, on va les former à d'autre modèle : le "Self Help + » et CETA, et leur faire faire des exercices de respirations et des jeux pour qu'ils respirent un peu... hum là il y a du level, non ?

Bon, je dis pas que des fois ça ne fait pas du bien de respirer, c'est même généralement assez vital, mais bon. Et alors ? Ben alors, c'est tout !

D'accord, le malheur des uns fait le bonheur des autres, et à quelque chose malheur est bon, nous dit la sagesse populaire. Il est donc normal de voir les op-

portunistes de l'aide bomber leurs torsos pour profiter de la manne financière qui arrive. On voit donc arriver des ribambelles « d'organisations », pas toutes sérieuses, et ce mouvement ressemble à une volée de vautours, prêt à prendre leur morceau.

Nous verrons bien au fil des semaines comment tout ce bazar qui n'a rien d'orientale, évolue.

Bref, il n'est pas dans mon propos de tout de suite m'énerver contre la folie de la globalisation, et ce mouvement de réduction des complexités dans ce champs là aussi... je risquerais de me répéter.

J'en parle à chacune de mes missions.

Alors parlons de l'Ukraine.

Au-delà de ce tout premier contact, je découvre d'abord les Carpates, en traversant de la Pologne vers l'Ukraine. Vallon et collines à peine dessinés, couverts de colza en pleine fleur en cette saison, et parsemés de nombreux bouquets de lilas aux trois couleurs. J'ouvre la fenêtre de la voiture, je veux sentir les lilas...

Sur la frontière que nous traversons à pieds, un amas de tentes d'accueil aux couleurs de toutes les ONG locales et internationales... des plus religieuses aux plus politiques. De l'autre côté, l'ambiance est soudain plus calme. Seulement des rubans de camions transportant des voitures, entrent dans le pays...

J'apprendrais plus tard que c'est l'effet d'une levée de la taxe à l'importation de véhicules, qui avait été imposé par Daewoo, quand ils sont venus installés des usines de montages en Ukraine pour s'assurer de vendre leur production aux locaux.

Passé ces files de camions, nous retrouvons notre chauffeur qui doit nous emmener jusqu'à Lviv.

Le paysage est le même, et les enseignes de centres commerciaux à l'entrée des villes ont des airs très familiers (Auchan, Leroy Merlin, Intermarché...)

Lviv est une ville de style austro-hongrois, on imagine aisément le plaisir d'y flâner dans des rues aux bâtiments art déco, avec un tramway année 50 sillonnant le centre, qui lui donne un air désuet décadent. Plaisante, elle s'étouffe maintenant sous la pression des dizaines de milliers d'ukrainiens de l'est qui ont trouvé refuge à l'ouest du pays. Plus une maison ou un appartement à louer. La circulation y est impossible sans compter que les ruptures d'approvisionne-

ment en carburant sont un vrai problème dans tout le pays. Le rationnement est déjà organisé.

Je ne reste que deux nuits à Lviv, les choses sur places ont changé entre mon départ et mon arrivée. L'armée russe se replie sur le Dombass, donc les ONG explorent les possibilités de se rapprocher des zones nouvellement libérées. Je dois donc partir pour Odessa. On m'informe qu'il faut deux jours de routes. On fera une pause à Vinnitsya pour la Nuit.

Je ne vois de Vinnitsya qu'une tour Eiffel en miniature au milieu d'un carrefour... Puis la route continue jusqu'à Odessa. Pendant ce millier de kilomètres, nous sommes passés des champs de colza à perte de vue, aux champs de blé encore très jeune et très vert. Il paraît que les tournesols sont plutôt dans la partie Nord et Est du pays.

Nous arrivons enfin à Odessa. Ville côtière au nord de la mer Noire, Station Balnéaire chic mais défraîchie, prisée des oligarques de la sous-région. Le centre-ville est largement aéré, pas un quartier de la ville sans un parc arboré de feuillus. Et les habitants s'y promènent ou vaquent à leurs occupations. La ville est aussi sous pression des déplacés de l'Est. Mais la mairie et les ONG locales ont trouvé la solution : faire d'Odessa une ville de transit seulement. Interdit pour les gens de l'Est de s'y installer s'ils n'y ont pas déjà des attaches. Alors des bus sont mis en place pour les emmener en Moldavie, en Roumanie, et advienne que pourra. Ce qui est surprenant dans cette démarche, au-delà de la démarche elle-même, c'est que de partout ailleurs les Ukrainiens de l'Est qui ont fui les combats rentrent dans leur villes et villages quand l'armée ukrainienne en a repris le contrôle.

Mais pour le commun des habitants d'Odessa, la vie se rythme sans doute plus tranquillement puisque

cette année, peu de chance de voir arriver des masses de touristes sur la côte.

Les alertes d'attaques aériennes sporadiques ne bousculent plus personnes. On est presque plus surpris à Lyon quand chaque premier mercredi du mois à midi cette même alarme se fait entendre...

Lorsqu'on prête attention aux gens que l'on croise, on se rend compte que ce sont beaucoup de femmes et de filles de tous âges, de vieux hommes ou de très jeunes garçons, mais qu'effectivement une partie de la population manquent dans le paysage urbain. Ils sont là, pas loin, habillés en militaire, pour protéger le port marchand de la ville, et veiller sur notre quiétude.

On le remarque aussi par le nombre de commerces et autre petites entreprises fermées. Soit que leurs propriétaires ont fui la ville quand elle était encore menacée par les russes, soit, plus simplement, parce qu'une partie de la force de travail n'est plus à ce qu'elle faisait mais occupée ailleurs. On lit sur quelques visages ici et là l'épuisement, la lassitude, comme un rappel de ce qui se passe dans ce pays, qu'on oublierait vite en voyant déambuler les enfants sur leurs vélos, ou les jeunes filles en tenues affriolantes en quête de regards portés sur leur désir de séduire. En vain.

Le tatouage, massif de préférence, est sur toutes les parties des corps féminins et masculins. La diversité des looks adoptés rend difficile une quelconque référence à un style... Par contre le port de soutien-gorge chez les jeunes filles même bien poumonées n'est clairement pas une règle. Surprenant. Sans doute une « victoire » des Femen, qui sont nées ici...

Route vers Kyiv (en Ukrainien) pour y passer d'abord une petite semaine avant de repartir dans l'Ouest... alors, la suite au prochain épisode.

VÉCU DE LA CULPABILISATION, SENS ET ENJEU DES INFRACTIONS DE LANGAGE CHEZ LE JEUNE DÉLINQUANT

ANALYSE D'UN CAS

YVES FRANCIS NANKAP

Doctorant en Psychopathologie et clinique

Université de Yaoundé 1

LEONARD NGUIMFACK

Maître de Conférences en Psychopathologie et Psychologie clinique

Enseignant chercheur

Université de Yaoundé 1

Introduction

L'expérience vécue par certains enfants orphelins en famille d'accueil comme la malnutrition, les mauvaises conditions des institutions et le manque de stimulation mettent leur développement à risque (Judge S., 1999). Ce contexte relationnel apparaît donc comme un facteur clé dans la trajectoire de vie des enfants. Dans ce contexte où l'individu est identifié et reconnu comme celui à l'origine de tous les maux de la famille d'accueil, la culpabilisation apparaît comme mode d'interaction communicationnel. C'est le cas de l'adolescent au cœur de cette étude.

L'infraction de langage de cet adolescent serait comprise ici, comme une information transmise dans l'intention de modifier la réaction de son interlocuteur afin de le tromper et de le contrôler. Ainsi, cette discordance entre le « dire » et la « pensée » du délinquant apparaît comme caractéristique de sa personnalité et dont l'une des facettes est l'expression des actes antisociaux. Klein M. (1959) décrit pour sa part les mécanismes de défense mis en jeu par le Moi pour lutter

contre l'angoisse. La déformation de la vérité renvoie pour cela au sens perçu, à un symptôme de la déficience d'une organisation interne à laquelle le sujet cherche à s'adapter en lien avec les dysfonctionnements de l'environnement.

Les infractions de langage semblent correspondre aux actes de communication adressés à l'autre qui doit en déchiffrer le sens et la signification. Le jeune délinquant qui cherche par tous les moyens à berner son interlocuteur ne vise pas la vérité au sens de l'intercompréhension. Or, selon les deux approches théoriques essentielles convoquées dans ce cadre et qui permettent d'expliquer l'importance de la communication dans la vie des êtres humains, la communication vise un but autre.

Pour la théorie de l'analyse existentielle de Binswanger L. (1971), la communication interpersonnelle apparaît comme une dynamique de l'intersubjectivité dont l'espace intersubjectif consiste en des liens réciproques, des « va-et-vient » entre deux subjectivités et des « retours » sur chaque subjectivité (feed-back).

Alors les infractions de langage apparaissent comme un système de valeurs qui porte et oriente le cours de l'existence du jeune délinquant. Et ce système de valeurs provoque la destruction de soi et des autres à travers une communication « distorsionnelle ». La manifestation de l'être au monde apparaît comme un acte de communication subjectif (interpersonnel) qui s'adresse à l'autre. L'infraction de langage semble un moyen de communication dans la manifestation de l'être de la personne et l'agir communicationnel, apparaît donc comme l'élément structurant ces rapports intersubjectifs qui oriente les actions humaines.

La théorie de l'agir communicationnel de Habermas J. (1987) fait référence au rôle médiateur et régulateur que le langage exerce dans toute action humaine. L'agir communicationnel s'opère sur la base d'un monde vécu, constitué par les préconnaissances indifférenciées qu'élabore tout sujet, avec des spécificités pour le délinquant dans ses rapports au monde dans lequel il vit. C'est donc cet agir, visant l'intercompréhension qui réalise la fusion des processus de représentation et de communication (Peirce C.S., 1931). L'activité langagière semble l'instrument de l'intercompréhension humaine, car elle constitue la matérialisation d'un agir communicationnel sur la base duquel l'évènement-action se transforme en action sensée. Si l'agir communicationnel empêche l'intercompréhension, on parle de distorsion communicationnelle.

C'est ainsi que la communication vise la transmission des intentions perceptibles par l'autre. Mais chez le jeune délinquant plus que chez toute autre personne, cette communication qui vise à masquer ces intentions réelles prend plus de place. Les infractions de langage tiennent forcément un rôle dans la réalité communicationnelle du jeune délinquant. D'où le problème de la fonction des infractions de langage dans la réalité communicationnelle du jeune délinquant. À ce problème s'allie l'hypothèse que le sens et l'enjeu des infractions de langage chez le jeune délinquant se comprennent par le truchement de la culpabilisation vécue. À travers cette étude, nous voulons poser toute infraction de langage comme un acte de communication c'est-à-dire une information, un message permettant d'interagir avec l'environnement. Un enfant qui produit des infractions de langage ne serait-il pas simplement en train de réagir d'une manière inadaptée à une communication inadaptée de la part des adultes ? Nous tenterons donc d'appréhender

les infractions de langage qui donnent sens aux productions langagières du jeune délinquant comme amplifiées par des facteurs événementiels vécus (culpabilisation).

1. Méthodologie de l'étude

Pour mener cette étude, nous avons opté pour la méthode clinique d'étude de cas, qui est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets. Elle se centre sur le cas, c'est-à-dire sur l'individualité et elle refuse d'isoler des informations, et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle (Fernandez L. & Pedinielli J.L., 2006).

1.1. Outil de collecte des données

L'entretien clinique d'explicitation a servi d'outil de collecte des données dans cette étude. C'est un outil développé par Vermersch P. (1994) pour faciliter et provoquer le « réfléchissement » des savoirs tacites. Elle aide le sujet à prendre conscience de sa démarche dans l'action et à la corriger le cas échéant. Ainsi, elle place le sujet dans une position de parole, il devient capable de revivre son action et d'en décrire le vécu. Le savoir tacite recherché se découvre dans ce vécu de l'action.

1.2. Outil d'analyse des données

Nous avons opté pour l'analyse phénoménologique descriptive, parce qu'elle propose d'élucider le sens d'une expérience telle que vécue par la personne qui en décrit explicitement le phénomène. Nous voulons surtout accéder à l'expérience authentique, au monde originellement vécu par lui, dans le but d'interroger sa signification (Giorgi A., 1997). Cette analyse résulte de la méthode phénoménologique développée par Giorgi A. (2009). Nous voulons comprendre la signification, la description des infractions de langage uniquement sur la base de ce qui est présenté dans les données (Giorgi A., 2009).

2. Présentation du cas et son histoire

Henri, 17 ans d'âge est élève dans un établissement d'enseignement technique de la ville de Douala où il est inscrit en classe de 2nd. Il n'a pas connu ses parents biologiques et a grandi au milieu de 30 autres enfants dans un orphelinat de la ville. Il considère de ce fait, ces enfants comme ses frères et sœurs, la directrice de l'orphelinat comme sa mère. Il se fait renvoyer de l'orphelinat pour problèmes relationnels. Depuis 6

mois, il est pensionnaire d'un foyer de resocialisation et de scolarisation. Il présente des brûlures de second degré sur les bras. Il apparaît calme, concentré, curieux, détendu, méticuleux et très cohérent dans son expression.

Henri a eu des différends avec l'une des filles biologiques de la directrice lors d'une bagarre entre deux de ses petits frères. Le mari de cette dernière a battu l'un d'eux d'une manière qui n'a pas plu à Henri. C'est alors que l'une de ses sœurs a pris un couteau pour s'automutiler, Henri a récupéré celui-ci et s'en est allé déchirer les vêtements de la fille de la directrice. S'étant fâchée, elle a demandé à sa mère de choisir entre elle et Henri, d'où son renvoi de l'orphelinat. La directrice a ensuite fait appel aux affaires sociales, la raison donnée pour son renvoi c'est qu'il avait dépassé l'âge réglementaire pour continuer à vivre à l'orphelinat. S'en est suivi son placement provisoire dans un centre social à New-Bell Bassa. Ensuite s'en est suivi un second placement au foyer de Nylon-Brazzaville. Les accusations portées contre lui renvoyaient à la délinquance, la toxicomanie, le vagabondage et le vol.

Henri fait comprendre que la fille de la directrice volait les choses dans le magasin de l'orphelinat pour aller vendre et parfois, elle l'accusait souvent à tort. Quand elle volait, il la voyait et la dénonçait auprès de la directrice, celle-ci rétorquait : « c'est parce qu'il ne m'aime pas qu'il fait ça ». Elle l'accusait de fumer alors que lui, il déclare le contraire. Et depuis cette affirmation, il dit : « qu'il restait seulement à la maison pour rester ». Et la directrice l'accusait aussi de vouloir ternir l'image de l'orphelinat, qu'il veut faire fermer l'orphelinat. Qu'il est toujours en train de semer la zizanie entre ses filles et elle.

Henri déclare que parfois, pour protéger ses petits frères contre la sanction, il acceptait que ce soit lui le voleur. Pour le punir, on chauffait de l'eau, on y mettait du piment et lui versait cela sur le corps. Parfois, on le fouettait sans caleçon et lui demandait d'aller nu vider la poubelle. Tout ceci, accompagner d'insultes ainsi que de la déclaration selon laquelle la directrice n'est pas sa mère. Il dit que la directrice était au courant de tout ce qui se passait, mais elle se taisait et qu'en cas de vol, c'est lui qui était le premier interpellé. Pendant ce temps, même la fille de la directrice responsable du vol l'accusait. Quand Henri a vu que les filles volaient et qu'on l'accusait, il s'est chargé de voler ce que volaient ces filles. Elles ont commencé à

dire à leur mère qu'il ne doit plus vivre à l'orphelinat parce qu'il veut montrer qu'il a grandi. Et la directrice prenait toujours le parti de ses filles en affirmant qu'elles ne volent pas.

Pour Henri, tout cela le faisait réfléchir, il a commencé à aimer la philosophie et a compris qu'un mal peut se transformer en bien. Qu'il pouvait en tirer profit. Quand il restait calme dans son coin pour réfléchir, la directrice lui disait qu'elle a la certitude qu'il est en train de planifier un vol. Henri dit que c'était normal qu'elle pense ainsi, car sa seule motivation était son petit frère avec qui ils sont arrivés à l'orphelinat, sinon il se serait déjà suicidé. La directrice est même allée jusqu'à garder son acte de naissance en disant qu'il l'a pris pour aller le cacher ou pour le donner à quelqu'un d'autre. Lorsqu'elle a retrouvé son acte, elle lui a dit qu'elle l'enverrait par le canal des affaires sociales, chose pas encore faite jusqu'à présent.

Henri dit avoir évité par tous les moyens les filles de la directrice pendant leur présence à l'orphelinat. Quand elles y venaient, ça l'énervait, mais qu'elles faisaient partir de son destin. Il partait souvent marcher et quand il rentrait, elles lui disaient que tu es parti retrouver tes amis « nanga boko » (enfant de rue). C'est pour une histoire de 2000 FCFA qu'avec l'un de ses petits frères, ils se font brûler à l'acide par l'un des fils (ancien pensionnaire de l'orphelinat) de la directrice, ceci avec sa permission. Et qu'il était obligé de valider la version de la directrice auprès des médecins, en affirmant que c'était un accident, pour la simple raison qu'il ne voulait pas donner raison à cette dernière. Elle avait l'habitude de lui dire qu'il veut qu'on ferme l'orphelinat. Or, s'il avait dit la vérité, on aurait fermé l'orphelinat pour maltraitance. Car, les habitants du quartier voulaient la poursuivre en justice à la suite de cet incident et avaient déposé une plainte contre elle. Son frère et lui valideront par la suite la thèse de l'accident auprès des officiers de police judiciaire.

3. Analyse des résultats du cas

Cette analyse vise à relever les infractions de langage contenues dans les extraits langagiers du cas. Elle vise entre autres à décrire les infractions de langage qui apparaissent dans ces productions langagières tant au niveau verbal qu'au niveau non verbal. Ceci est fait dans l'optique de mettre en évidence la fonction qu'elles occupent au moment de leurs produc-

tions. Pour ce qui concerne les infractions de langage exprimées au niveau verbal, l'on observe les indicateurs suivants :

- la roublardise : « ou bien quand je sortais souvent, on vient me demander que tu es parti où ? Au lieu de dire là où j'étais, je disais que j'étais ailleurs ». L'infraction de langage vise ici à se protéger contre la sanction ;
- le mensonge : « les médecins nous ont posé les questions, mais, nous-même on disait toujours que c'était l'accident parce que le quartier avait déjà porté plainte contre eux » ; « quand je prenais leur argent et que je mentais, je disais que ce n'est pas moi qui ai pris ». L'infraction de langage ici vise à se protéger contre la culpabilisation et contre la sanction ;
- le déni de la vérité : « quand je prenais l'argent des filles, directement on venait me demander parce qu'on savait déjà que c'était moi et moi, je disais que non ce n'est pas moi qui ai pris » ; « on m'a dit que c'est toi qui as pris. J'ai dit que non. On m'a dit que tu as tout pris ce que j'avais, que c'est notre argent que tu as pris » ; « j'ai continué à dire que non ce n'est pas moi, ce n'est pas moi ». L'infraction de langage ici vise à défier les filles de la directrice d'une part et d'autre part les punir par rapport à leurs comportements vis-à-vis de lui.

Pour ce qui concerne les infractions de langage exprimées au niveau non verbal, l'on observe les indicateurs suivants :

- le silence trompeur : « depuis qu'elle a dit ça, moi je restais seulement à la maison pour rester », « quand elles disaient ça, parfois j'avais envie de les manquer du respect, mais je me suis toujours retenu ». L'infraction de langage ici vise à se protéger contre la douleur ;
- la gestuelle inadaptée : « je prends et en partant remettre, elle me voit comme je mets, mais dans sa tête c'est que je voulais voler, elle m'a attrapé » ; « après, je commençais à les voir, je ne parlais plus ». L'infraction ici vise à se protéger ou à protéger autrui.

D'après ces extraits d'entretien, les infractions de langage apparaissent effectivement dans les productions langagières du cas, ceci à la suite de son vécu. Cette culpabilisation vécue apparaît effectivement dans

les productions langagières du cas. Il était considéré comme le voleur de l'orphelinat, le « nanga boko », le fumeur, celui qui veut montrer qu'il a déjà grandi et comme celui qui « fait la tête » (le têtù). Et quand il veut s'exprimer, on lui rétorque : « et quand je veux me défendre, leurs mots c'est "mouf" ferme ta bouche ».

La description des faits issus des extraits langagiers du cas permet de comprendre la culpabilisation vécue qui rend compte des infractions de langage relevées chez le cas. L'on peut encore relever dans ces extraits langagiers que :

- ce sont ses expériences de culpabilisation vécue qui justifient ses mensonges « quand les filles volaient on m'accusait, quand maintenant elles volaient l'argent de leur mère, moi je venais maintenant voler chez elles » et « quand on me demandait, je niais seulement pour nier, car on savait déjà que c'est moi ». Ce comportement visait à sanctionner ces filles ;
- ses expériences de culpabilisation vécue ont contribué à développer chez lui cette propension à commettre les infractions de langage « quand je voyais que j'étais innocent et on me faisait un truc, moi, ça développait plutôt mon esprit ». Son comportement ici visait à défier l'autorité des filles de la directrice ;
- ce sont les mensonges dont il a été victime qui pourraient justifier les siennes dans la mesure où cela lui permettrait d'éviter la sanction « elles pouvaient s'asseoir comme ça, elles mentent que non, je suis venu, je les ai manqués le respect et leur grand frère lui, il n'aime pas alors quand on manque le respect à ses aînés » ; « la manière dont on va te traiter lorsque tu vas avouer, mieux tu mens » ;
- c'est le fait d'avoir fait l'objet des accusations injustes (culpabilisation) qui l'a poussé à poser les actes en lien avec ces mêmes accusations plus tard. Ceci pour que, lorsqu'on l'accusera, même s'il nie (infraction de langage), qu'au moins on ne l'accuse pas pour rien « je prenais parce qu'elles-mêmes, elles prenaient, elles m'accusaient et quand je disais non, c'était seulement pour dire non, pour mentir ».

Ses infractions de langage lui permettaient non seulement de se protéger des filles de la directrice, mais également de les défier et de les sanctionner. Cette

analyse nous a permis de décrire le vécu authentique du cas. Nous pouvons affirmer que le vécu de la culpabilisation au sein de la famille a permis de rendre compte de la fonction des infractions de langage chez le jeune délinquant. Ces infractions de langage exprimées tant au niveau verbal qu'au niveau non verbal nous ont permis de mettre en évidence ses trois fonctions principales à savoir la protection, la défiance et la punition.

4. Interprétation des résultats

La réaction d'Henri dans une situation s'explique par la manière avec laquelle les filles de la directrice ont réagi envers lui par le passé. Ceci explique pourquoi il a tendance à justifier son comportement en se référant aux situations antérieures. Ces événements apparaissent comme des vécus antérieurs réels ou imaginaires qui ont ponctué sa relation au monde. Henri puise dans sa mémoire constituée d'expériences pour s'adapter dans une situation d'échange communicationnel précise. Ces expériences renvoient aux situations conscientes vécues dans sa vie relationnelle. Donc les informations qui proviennent de son passé lui servent dans un cadre communicationnel donné pour orienter le sens de l'échange. Le fait d'avoir accepté sur lui les fautes d'autrui (la personnalisation qui renvoie à une distorsion cognitive) a contribué à alimenter sa culpabilisation par des bourreaux.

Les infractions de langage organisent le sens (subjectif) de l'échange communicationnel. Ces organisateurs de sens possèdent une intention que le jeune délinquant cache ou exprime, mais dont son interlocuteur ne perçoit pas. L'incapacité de ces interlocuteurs à percevoir ses intentions à travers sa façon de communiquer apparaît comme le premier élément fondateur de la constitution de son répertoire subjectif (expériences vécues). C'est dans ce répertoire subjectif qu'Henri choisit les informations (infractions de langage) qui lui permettent d'interagir avec son entourage. Ces infractions de langage possèdent en effet un triple rôle : un rôle de protection, un rôle de punition et un rôle de défiance.

Le rôle de protection permet au jeune délinquant de se préserver d'une sanction éventuelle. Dans le cadre de la confrontation d'Henri avec les faits qui lui sont reprochés, les infractions de langage renvoient à un moyen efficace utilisé pour confondre voire pour perturber son interlocuteur. Ceci pour échapper à

la sanction qui découle de l'acte posé. Il se sert des infractions de langage pour se justifier, nier la vérité ou détourner l'attention de son interlocuteur afin d'échapper à sanction. Dans certains cas, l'infraction de langage ne possède pas une intention perceptible, mais renvoie au contraire à une erreur c'est-à-dire une mauvaise connaissance de la vérité ou encore une méconnaissance de la vérité. C'est ainsi que le jeune délinquant peut être convaincu que, ce qu'il affirme est vrai alors qu'il se trompe, tout simplement parce qu'il possède une information erronée sur le fait. Dans ce cas, lorsqu'il prend conscience de cette non-vérité, il n'a plus qu'à mentir, c'est-à-dire soutenir cette version dans l'optique de protéger son égo.

Le rôle de punition que jouent les infractions de langage se manifeste dans ce qu'on pourrait appeler le « mensonge sanction ». C'est en effet d'une situation où le jeune délinquant formule un mensonge dans l'optique de se venger d'une autre personne, de nuire à autrui parce que ce dernier lui aurait causé un tort. On rencontre dans ce cas les accusations injustes, les calomnies qui ont pour but de faire du mal à autrui. C'est une forme de sadisme verbal qui consiste à éprouver du plaisir à nuire verbalement ou à dire un mensonge sur autrui et en éprouver un certain plaisir.

Dans son rôle de défiance, les infractions de langage permettent au jeune délinquant de provoquer autrui, de le mettre au défi afin de juger de ses capacités et de se comparer à lui. En effet, le jeune délinquant veut jauger les capacités de l'autre et le maintenir dans une posture d'infériorité. Cela lui permet en fait de maintenir sa supériorité dans le contrôle émotionnel de l'autre avec qui il interagit. Cette défiance lui permet aussi de se confronter aux situations difficiles et de jauger sa capacité à les surmonter et surtout à les gérer efficacement pour en tirer le meilleur profit. Les infractions de langage servent pour cela au jeune délinquant de marquer son ascension dans le groupe des pairs, lui conférant un statut de leader ou de chef. Il peut ainsi gérer toutes les situations difficiles auxquelles il fait face grâce à sa grande capacité à paraître.

En effet, à la lumière des résultats de ce cas, la culpabilisation vécue par Henri rend compte de la fonction de ses infractions de langage. Ceci nous amène à considérer les infractions de langage comme une ré-

alité dans son existence. Ces infractions permettent de comprendre la nature des interactions qui le lie au monde. L'analyse de cette façon d'« être-au-mode » nous permet de comprendre à la lumière de la théorie de l'analyse existentielle de Binswanger L. (1971) que nous sommes confrontés à une existence ponctuée d'interactions communicationnelles intersubjectives basées sur la culpabilisation. Son existence signifiait vivre en interaction avec d'autres « être-au-monde » et cette interaction n'est toujours pas allée dans le sens qui aurait favorisé son ascension. Ce lien social qui se manifeste essentiellement par la communication est devenu pour cela le témoignage d'une difficulté existentielle marquée par les infractions de langage observées dans son discours. C'est ainsi que se révèle la vie psychique de ce jeune délinquant à travers son intentionnalité (Husserl E., 2001). Les infractions de langage exprimées par ce jeune délinquant cachent une vie intentionnelle c'est-à-dire une intention qui rend compte de l'expression de ses infractions de langage.

Pour cela, l'intention de ce jeune délinquant vise à punir ou à sanctionner une personne, soit de se protéger, soit de défier un interlocuteur. Donc, cette intention semble apparaître comme l'essence même des infractions de langage et dont la description voire la mise en évidence par ces résultats ont permis d'en saisir le rôle dans l'existence de ce jeune délinquant. Les infractions de langage exprimées par ce jeune délinquant apparaissent comme des « anormaux » de l'existence. Elles apparaissent comme des blocages voire des dysfonctionnements existentiels, des anomalies (anormalités relationnelles) qui ont ponctué son existence. Dans ce cas, l'échange communicationnel ne semble plus une rencontre par mutualité des consciences, mouvement des consciences dans le phénomène de la rencontre, mais plutôt expression d'une crise existentielle. L'analyse existentielle a permis de comprendre que les infractions de langage qui ponctuent le discours de ce jeune délinquant renvoient à une forme singulière d'existence et d'« être-au-monde ». Cette façon singulière de marquer son existence se manifeste à travers l'expression des infractions de langage et apparaît comme des tentatives subjectives pour trouver un sens à son existence.

Ce jeune délinquant de par ce type de communication influence la manière dont son interlocuteur doit appréhender le monde et par conséquent sa manière

de communiquer. En agissant de cette façon il modifie l'état mental de son interlocuteur avec pour intention de contrôler les actions de celui-ci et surtout en le maintenant dans l'illusion du contrôle de ses actions. Dans une telle façon de communiquer, l'échange communicationnel qui vise l'intercompréhension et surtout qui implique la coopération entre les sujets, ne vise plus à atteindre ce but de compréhension réciproque, mais plutôt de contrôler, de manipuler son interlocuteur. Ce jeune délinquant, utilise l'agir communicationnel dans l'intention de « marionnetiser » son interlocuteur et vice-versa. Pour ce jeune délinquant, la vérité n'a plus de sens et l'activité communicationnelle a une autre finalité et n'a plus pour objectif l'intercompréhension.

5. Discussion des résultats

Ce jeune délinquant présente des difficultés relationnelles avec les personnes qui auraient pu jouer un rôle de soutien sur lequel il aurait pu prendre appui. Il recherche une reconnaissance et une affirmation à travers la transgression des normes sociales qui devient de fait un moyen d'expression. Ce moyen d'expression met en évidence un langage dans lequel le mot ne veut pas forcément dire la chose. La représentation des choses se met à fonctionner comme la représentation des mots (Dor J., 1985). On note dès lors, une altération du signe linguistique (infractions de langage) dans lequel le signifiant dépend du libre choix du délinquant. Pour cela, il cherche à travers son langage à déformer le contenu du message qu'il adresse à son interlocuteur, ce que Rolo D. (2013) appelle distorsion communicationnelle. Ce jeune délinquant cherche à se soustraire à une communication qui vise l'intercompréhension (Habermas J., 1987) d'où le mensonge et autre infraction de langage. Il verse ainsi dans ce que Rolo D. (2013) a appelé l'aliénation et la pathologie, car sa communication ne respecte plus les prétentions à la validité de l'agir communicationnel (la vérité, la justesse et la sincérité). Les infractions de langage observées chez ce cas s'inscrivent dans le sillage de la perturbation de l'organisation interne du discours chez le jeune délinquant. Rolo D. (2013) considère la distorsion communicationnelle comme les échecs et les ratés de la communication qui sont produits socialement et qui pèsent sur l'agir communicationnel. Le jeune délinquant fait montre d'un fonctionnement cognitif voire d'une

imagination débordante pour la production des infractions de langage. Ceci, contrairement à ce que Larivée S. (1979) affirme lorsqu'il fait comprendre que le jeune délinquant avance gratuitement des énoncés sans souci de vérification [...], il reste presque constamment rivé au concret et nie les conflits présents. Ce jeune délinquant toujours contrairement à Larivée S. (1979) a besoin de faire appel aux opérations formelles dans la production des infractions de langage (mensonge, manipulation, etc.) pour résoudre ses problèmes, c'est-à-dire convaincre son interlocuteur. En effet, ce jeune délinquant cache entre ce qu'il dit et ce qu'il pense, une intention. Cela signifie qu'il peut résoudre des opérations formelles même si celles-ci sont orientées dans un sens négatif (infractions de langage).

Ces résultats montrent que, contrairement à ce que Larivée S. (1979) affirmait, le jeune délinquant fait bien montre d'un fonctionnement cognitif, adapté dans le négatif. Évaluer dans certains cas, on pourrait dire que son intelligence fait défaut (inadaptation sociale). Mais, évaluer son intelligence dans ce type de situation (inadaptation sociale), montre une intelligence, une très bonne capacité d'adaptation dans l'inadaptation sociale. Donc on peut dire que là où l'individu dit normal par la société excelle, l'intelligence du jeune délinquant fait défaut. Ainsi, dans la délinquance, l'individu « normal » semble moins intelligent dans cette situation alors que le jeune délinquant fait montre d'une grande intelligence. On peut ainsi dire que le jeune délinquant manifeste son intelligence dans l'inadaptation sociale bien que cette inadaptation sociale pose un problème à la société. Mais comprendre le problème de l'intelligence dans des situations pareilles permet de mieux appréhender les capacités cognitives du jeune délinquant. On peut ainsi dire que l'intelligence du jeune délinquant fonctionne bien dans une situation d'anormalité et moins bien dans une situation de normalité. C'est ainsi que dans la plupart des situations d'échange communicationnel le jeune délinquant active sa mémoire affective en lieu et place de sa mémoire cognitive.

Conclusion

La culpabilisation apparaît comme une arme psychologique, dont certaines personnes qui se disent investies d'une certaine autorité réelle ou imaginaire, utilise pour la manipulation des rapports humains.

Culpabiliser l'autre, permet de posséder un certain pouvoir sur lui. Cette arme contribue à détériorer les relations humaines en créant des conflits qui ponctuent les séquences de communication. Elle perturbe l'équilibre interne de la victime et la conséquence, c'est la production des infractions de langage comme dans le cas du jeune Henri, abordé dans le présent travail. Ainsi, les comportements qui en résultent expriment la relation de l'individu avec sa biographie et son milieu, et se présentent souvent pour l'individu, comme la meilleure forme d'adaptation envisagée (De Greef E., 1947). Le jeune délinquant oriente, organise ou adapte ses actions en fonction des significations qu'il accorde aux diverses situations de son existence (Macquet C., 1994). À travers ses productions langagières, son monde prend forme, réalité et consistance en termes de sens ou de significations, le langage apparaît comme ce qui forge ces sens ou ces significations.

Le langage et la parole apparaissent en effet comme l'espace structuré à partir duquel se constitue la structure psychique individuelle (Viry R., 1990). C'est dans cet espace psychique, que chaque individu se manifeste comme un être parlant (parlêtre) et non comme organique, et la communication entre deux êtres s'opère par la médiation du langage (Lacan J. cité par Viry R., 1990). Le langage sert donc de base à nos représentations mentales, car c'est par le langage que l'être humain a pu, en les nommant, détacher des fragments d'expérience pour les communiquer aux autres (Vandendorpe C., 1994). La communication idéale se veut, conforme à des règles mutuellement reconnues par les différents acteurs (Rolo D., 2013). Elle se déroule de façon publique et les significations utilisées doivent paraître reconnaissables par l'ensemble de la communauté linguistique. Or, la culpabilisation apparaît comme le fait des personnes en situation de vide intérieur, de crise existentielle dont le bouc émissaire apparaît comme le support de projection. Ainsi dans une situation d'interaction communicationnelle, le jeune délinquant met en place des stratagèmes avec pour intention de berner son interlocuteur. Ces stratagèmes expriment autant pour celui qui le culpabilise une difficulté en lien avec son existence voire sa réalité vécue.

Ainsi, passer le temps à insulter l'enfant à tout bout de champ, le culpabiliser, le rabaisser à ses yeux et aux yeux des autres, l'étiqueter négativement, etc. pour-

rait conduire à des comportements réactifs comme les infractions de langage. Ceci étant, la culpabilisation met en fait en œuvre un procédé manipulateur et pervers qui consiste à reporter sa responsabilité sur autrui en espérant qu'il éprouve de la culpabilité. C'est ce que le cas présenté dans cette étude a vécu à

cause de la directrice de l'orphelinat et de ses filles. Le fait de culpabiliser Henri, l'a poussé à accepter la situation sans mot dire des accusations injustes et mauvais traitements qu'il ne méritait pas. Ce sentiment de culpabilité s'est manifesté dans et par ses infractions de langage.

Bibliographie

- Binswanger L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*, Minuit, Paris.
- De Greeff E. (1947). *Les instincts de défense et de sympathie*, PUF, Paris.
- Dor J. (1985). *Introduction à la lecture de Lacan : l'inconscient structuré comme un langage*, Denoël, Paris.
- Fernandez L. & Pedinielli J.L. (2006). « La recherche en psychologie clinique », in *Recherche en soins infirmiers*, 84, pp. 41-51.
- Giorgi A. (1997). « De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation », in Poupart L., Groulx L., Deslauriers J.-P. & Laperrière A. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin, Paris, pp. 341-364.
- Giorgi A. (2009). *Descriptive phenomenology in psychology: a modified hurselian approach*, Duquesne University Press, Pittsburgh.
- Habermas J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, Fayard, Paris.
- Husserl E. (2001). *Psychologie phénoménologique*, Vrin, Paris.
- Judge S. (1999). « Eastern european adoptions: current status and implications for intervention », in *Topics in early childhood special education* 19 (4), pp. 244-252.
- Klein M. (1959). *La psychanalyse des enfants*, PUF, Paris, 2013.
- Larivée S. (1979). « Analyse fonctionnelle de l'intelligence des enfants délinquants », in *Apprentissage et socialisation*, 2 (3), pp. 163-192.
- Macquet C. (1994). *Toxicomanies : aliénation ou styles de vie*, L'Harmattan, Paris.
- Peirce C.S. (1931). *Collected papers*, Harvard University Press, Cambridge.
- Rolo D. (2013). *Contraintes organisationnelles, distorsion de la communication et souffrance éthique : le cas des centres d'appels téléphoniques*, Thèse de doctorat en Psychologie/Psychodynamique de travail, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Vandendorpe C. (1994). « De la vérité dans le langage », in *Protée*, 22 (3), pp. 7-12.
- Vermersch P. (1994). *L'entretien d'explicitation*, ESF, Montrouge.
- Viry R. (1990). *L'introduction à l'étude de la psychiatrie analytique*, PUN, Nancy.

EN KIOSQUE

INCONSCIENT ET CULTURE



Les expériences ludiques infantiles

Destins et traces

Albert Ciccone

Daniel Marcelli

Florence Guignard

Rémy Puyuelo

Odile Gavériaux

Éric Calamote

Régine Scelles

SOMMAIRE

PRÉAMBULE (A. Ciccone)

1. Les enjeux du ludique (A. Ciccone)
2. Les jeux de surprise dans l'enfance (D. Marcelli)
3. Le jeu est le travail de l'enfant (F. Guignard)
4. Le devenir des joujoux auto-soignants de l'enfant (R. Puyuelo)
5. L'expérience d'apprendre (A. Ciccone)
6. À travers le jeu symbolique (O. Gavériaux)
7. Peut-on jouer avec les états-limites ? (É. Calamote)
8. Humour et handicap en famille (R. Scelles)

ÉPILOGUE (A. Ciccone)

BIBLIOGRAPHIE

DUNOD