

D'une oreille à l'autre... parole, une pratique alternative à la psychiatrie

Michel Croufer

Volume 20, Number 1, Spring 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032341ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032341ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Croufer, M. (1995). D'une oreille à l'autre... parole, une pratique alternative à la psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 228–233.
<https://doi.org/10.7202/032341ar>

D'une oreille à l'autre... parole, une pratique alternative à la psychiatrie

Quinze minutes, c'est long, bien long... à parler, et encore plus long à entendre. Heureusement: si je parle quinze minutes, c'est qu'une demande, une demande de parler m'a été adressée. Sinon, mon exposé serait quelque chose comme un délire.

Et justement il sera question du délire comme d'une expérience presque commune, ou occasionnellement commune, ce genre d'expérience qui fait que quelqu'un se retrouve éventuellement un jour à l'hôpital psychiatrique, avec ou contre son gré.

Il y a plusieurs façons d'évoquer la pratique alternative. J'ai choisi d'y aller par touches ou affirmations successives. La logique du développement n'est pas immédiatement évidente. Vos expériences sont la logique de mon exposé.

Au départ, il est une expérience fondamentale, et fondatrice, que la personne intervenante ne peut pas ne pas avoir vécue ou sentie, une expérience renouvelée de nombreuses fois: quelqu'un peut sortir d'un délire, d'un délire particulier, et aussi d'une habitude de délires. Entendre, suivre une personne qui entre et sort d'un délire dans un espace de temps relativement restreint – ce peut même être 45 minutes – est irremplaçable. Et entrer en conversation avec cette personne dans ces moments-là et à leurs différentes étapes, et aux différents «étages» de cette personne, est fondamental et fondateur.

Expérience donc fondamentale et fondatrice, par tout ce qu'elle laisse voir et entrevoir de possibilités dans l'avenir pour cette personne, dans cette personne et surtout par cette personne. Immanquablement, la question vient: comment vivre, comment faire, comment être dans cette conversation? Et quels genres d'écoute, quels genres de paroles? La situation concernée est simple et complexe dans le même temps où elle est vécue. Il s'agit de recevoir cette personne, cette personne particulière. Mais qu'est-ce à dire, précisément? Il y a à recevoir cette personne quand elle parle, comme elle parle, comme elle fait silence, comme elle bouge ou ne bouge pas... Il y a surtout à pouvoir la recevoir. Et ce n'est pas évident. Car son angoisse devient rapidement la nôtre en profitant de la nôtre qui était déjà là préalablement. Alors son angoisse associée, fondue dans la nôtre, peut barrer notre réception ou ce qu'on appelle souvent notre «écoute».

Notre réception est donc empêchée. Cela peut se manifester de plusieurs façons qui, souvent, ne sont pas perçues pour ce qu'elles sont vraiment, et aussi pour ce qu'elles provoquent dans la personne en demande d'aide. Par exemple, par l'affirmation à... soi-même: elle délire – sous-entendu: il n'y a rien à faire, ou il n'y a rien à faire pour l'instant. Ou par une autre affirmation qui lui ressemble: elle est schizophrène, ou psychotique, ou bipolaire – sous-entendu encore: il n'y a rien à faire; ou toute autre affirmation qui a l'allure d'un diagnostic psychiatrique (consultez le DSM IV...). Bien sûr, la référence à ce diagnostic permet de se sécuriser, de limiter sa propre angoisse sans savoir que c'est elle qu'on essaie de diminuer ainsi.

C'est la plupart du temps ce qui se passe en psychiatrie, dans le système psychiatrique, précisément en arrivant à l'hôpital psychiatrique: la psychiatrie se sécurise, se désangoisse en trouvant un nom au trouble qu'elle se dépêche... lentement d'identifier, et éventuellement de dire à la personne concernée, y compris s'il est temporaire ou partiel. Comme si de mettre un nom sur une émotion complexe commençait à «guérir» – selon le langage – la personne et son émotion. Alors que ce diagnostic met d'abord la personne en demande d'aide à distance de celle qui la reçoit et à distance d'elle-même; c'est d'ailleurs le plus souvent ce qu'elle vous offre en arrivant, habituée qu'elle est à la psychiatrie: elle vous offre «son» diagnostic... et vous en demande même souvent confirmation d'une façon ou d'une autre, y compris sous apparence du contraire.

Il y a donc d'abord à recevoir vraiment cette personne en difficulté. Remarquons que nous sommes seulement au «point de départ» de la possibilité réelle d'une relation avec la personne en difficulté, une relation sans l'intermédiaire du sarrau, du bistouri, des pilules, sans l'intermédiaire du... diagnostic. Nous sommes déjà dans le «traitement» alternatif à la psychiatrie, et je préférerais dire dans la pratique alternative à la pratique psychiatrique ou à la psychiatrie. Attention: cette réception-là ne peut pas ne pas prendre la forme, l'allure de la personne intervenante, et la personne intervenante doit être la première à le savoir... D'ailleurs elle ne tarde pas à le savoir... par la suite même de la relation.

Car le deuxième temps de réception, c'est de soutenir cette relation commençante. Soutenir, cela veut dire: la vivre, la supporter, y être intégré sans être avalé par la personne ou par sa propre angoisse, bref en existant toujours dans cette relation. Pas en y existant d'abord: ceci arrive parfois, et cela donne (entre autres) un intervenant ou une intervenante qui parle de sa vie à lui ou à elle, croyant, de bonne foi bien sûr,

que cette façon de faire va aider la personne en difficulté, une sorte de fausse thérapie-réalité personnelle sur le dos ou sur le «compte» de l'autre.

Donc soutenir cette relation pendant une heure environ ou un peu plus, pas beaucoup plus dans le même moment. Et continuer, des semaines, des mois, des années peut-être. Avec les moyens du bord : soi-même, l'expérience acquise et l'expérience non acquise, avec la formation plutôt oubliée et qui se loge dans l'arrière-cerveau et ne revient à la mémoire que si la personne en difficulté prête possibilité à cette éventualité de manière quasi évidente.

Quand je parle de délire, j'entends une réalité d'expérience suffisamment vaste pour y inclure la plupart des personnes en demande d'aide, et plus particulièrement dans les ressources communautaires alternatives en santé mentale : quelqu'un, dans une souffrance intérieure ressentie profondément laisse apparaître dans ses paroles et ses silences au moins une des trois formes suivantes de comportement. Dans la première, il y a une hypercohérence, une surcohérence et une abondance de paroles relativement à un sujet particulier, et cela de façon clairement répétitive. Dans la deuxième forme, la plus nommée en psychiatrie, apparaissent des incohérences de propos, de phrases, de propositions, de mots, éventuellement des hallucinations. Elle peut coexister avec la première forme de délire. Quant à la troisième, elle est apparentée à la première, mais au lieu d'être habituelle, elle est temporaire et occasionnelle ; nous sommes tous cette personne à l'un ou l'autre moment de notre vie, consciemment ou inconsciemment. Cette triple façon de désigner le délire s'éloigne fondamentalement de la distinction entre délire névrotique et délire psychotique (Voir Croufer, M., 1994, *Psychanalyse et délires: les déroutes du rêve, Filigrane, n° 3*, 119-128.)

Donc... soutenir la relation avec toutes les personnes prises dans une forme de délire. Même la plus aiguë ? Impossible, pourrait-on dire, et peut-être pourrions-nous dire ! Non, ce n'est pas impossible la plupart du temps, mais il y a des conditions à cela. Ce n'est pas impossible parce que nous ne sommes pas seuls en maison alternative pour entendre et à entendre la personne concernée : notre oreille est et doit être multiple. Habituellement, on ne peut pas seul entendre une personne qui est en délire sérieux. Et cela à cause d'une série de motifs qui concernent la personne intervenante, car le moment arrive vite où elle n'en peut plus de «donner» de tous côtés. Pour le dire plus précisément, elle va rapidement ressentir son impuissance aux demandes formelles et informelles, conscientes et inconscientes de la personne en difficulté ; elle va la ressentir d'autant plus que s'y ajoutent, s'y mêlent et entremêlent ses

propres instances conscientes et inconscientes, c'est-à-dire ses propres limites, de quelques ordres qu'elles soient, au fond ses propres délires silencieux.

De cette impuissance, elle n'est ni responsable ni coupable bien sûr. Elle pourrait plutôt être responsable d'être allée au-delà de ses limites, soit en essayant de répondre à trop de demandes, ou aussi à des demandes qui ne peuvent pas être vraiment assumées par elle. Et l'oreille multiple en lieu alternatif à la psychiatrie entend et distingue les demandes, les différentes demandes, et pas pour étouffer celles qui ne rentrent pas dans ses cordes, mais au contraire pour leur donner une place qui soit mieux ajustée dans la demande, et pas uniquement à la demande.

Un exemple parmi des dizaines de milliers ! Julien – nom fictif bien sûr – rencontre sa thérapeute, ou psychothérapeute, de la maison alternative chaque semaine depuis deux ans. Il retourne à l'hôpital psychiatrique en observation une quinzaine de jours, il y a cinq mois. C'est la douzième fois, et la plus courte car, avant les deux ans, c'était des séjours de cinq à six mois. Indiqué au niveau le plus extérieur, le problème de Julien se manifeste par une alternance suicidaire et destructive... des murs et planchers de son appartement supervisé par la maison alternative. Il y a trois mois, il quitte l'appartement sans prévenir, ni la superviseure, ni la coordonnatrice qui est aussi la locatrice, et loue un appartement ailleurs... C'est le premier appartement de sa vie qu'il loue lui-même de façon autonome et responsable.

Pouvez-vous avoir expérimenté ou deviné le genre de collaboration-complicité qu'il a fallu à tout le monde concerné pour que Julien se retrouve aujourd'hui plus autonome, plus heureux, moins profondément autodestructeur ? Il ne faut pas se méprendre. Quand je parle de collaboration, il ne s'agit pas d'entendre ce mot en y mettant une saveur politique ou administrative au sens courant du terme. Non, ce n'est pas la concertation entre la psychothérapeute, la superviseure et la coordonnatrice et responsable administrative. Il s'agit d'une complicité travaillée, parlée, systématiquement, à chaque jour, et à chaque semaine en réunion formelle, en d'autres conversations informelles, toujours dans une discrétion confidentielle radicale, et en situation de crise forte dans une accélération du timing des échanges : pas de papier, pas de mémo, pas de réunion de « service » comme dans la pratique habituelle à l'hôpital psychiatrique. Et le séjour à l'hôpital psychiatrique s'avère alors plutôt une parenthèse, de moins en moins longue et de moins en moins fréquente à travers les années, donc de plus en plus provisoire dans tous les sens du terme.

Tout cela demande infiniment de précision, de rigueur, de sérieux professionnel, d'intuition, d'humanité; chacun et chacune à l'audition de l'autre dans sa spécialité, y compris l'aidant naturel, de une à une personne et toutes ensemble. Tout ceci fait partie aussi de la pratique alternative à la pratique en hôpital psychiatrique. En hôpital, les psychiatres, le personnel infirmier et autres ont beau être éventuellement aussi au fait et humains que possible, leur intervention-présence est prise dans la démarche psychiatrique globale qui atteint vite sa limite, celle qui donne priorité aux médicaments et à leurs effets.

La pratique alternative est donc une chaîne d'interventions, ou plus exactement une chaîne de personnes intervenantes. De tout cet ensemble, et à travers des semaines, des mois, des années s'il le faut, la et les souffrances de la personne en difficulté s'allègent. Elle a pris insensiblement, et surtout sensiblement... la parole qui lui appartenait si peu, si mal, si partiellement, dans un processus et un progrès extrêmement complexes dans leurs développements. Son champ s'est élargi dans l'initiative de plus en plus de paroles, et de paroles nouvelles et significatives.

Avec ces paroles-là, geste humain premier et primordial, d'autres gestes suivent, comme Julien qui décide de quitter son appartement supervisé, sans même demander l'autorisation de la propriétaire-locatrice, et en loue un autre par lui-même, pour la première fois et à 33 ans. En plus, il est capable, malgré de fortes sensations de menaces intérieures, de se mettre en accord avec la locatrice de son ancien appartement pour en assurer la réfection, et aussi d'ajuster le contrat de location échu avant terme.

Il faut un grand savoir-faire à la chaîne des personnes intervenantes pour qu'il en soit ainsi. Il faut aussi malheureusement trop souvent que la personne en demande d'aide ait vécu auparavant l'expérience de la pratique psychiatrique une fois, ou la plupart du temps de façon répétée, pour qu'elle puisse elle-même... faire une demande d'aide autre qu'à la psychiatrie, découvrir qu'elle peut être entendue dans l'incohérence et la cohérence de ses paroles et de ses gestes, qu'elle puisse soutenir sa demande dans sa durée, avec les douleurs vives pouvant surgir dans une évolution de progrès sous apparence trompeuse de rechute, sans céder à ce moment-là à la tentation de se laisser aller... à l'hôpital psychiatrique, comme autrefois, dans un lieu où l'on n'a presque rien à inventer, comme dans un utérus confortable... moins tout le travail, fut-il souffrant, de l'accouchement, et moins les nombreuses naissances qui en surgissent comme d'étonnantes surprises.

Ainsi dans cette pratique alternative, la personne est ouvrière de sa grossesse, de son accouchement, de ses naissances. S'il en est autrement, la pratique alternative n'est plus une pratique alternative à la psychiatrie mais plutôt un pavillon juste à côté de l'hôpital psychiatrique.

Michel Croufer

Ce texte reprend en abrégé une communication de l'auteur, psychanalyste à Jonquière et consultant de ressources alternatives en santé mentale au Québec, donnée le 28 novembre 1992 à Montréal, à la Bibliothèque nationale, lors du colloque organisé par la Maison Saint-Jacques à l'occasion de son 20^e anniversaire.