

Ce qui lie la science au sensible. Entretien avec Ouanessa Younsi

Francine Pelletier et Pierre Lefebvre

Numéro 316, été 2017

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/85724ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Collectif Liberté

ISSN

0024-2020 (imprimé)

1923-0915 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pelletier, F. & Lefebvre, P. (2017). Ce qui lie la science au sensible. Entretien avec Ouanessa Younsi. *Liberté*, (316), 8–13.

**<<Le
psychiatre,
comme le
poète, pose
des mots sur
un ensemble
de signes.>>**

Ouanessa Younsi

Ce qui lie la science au sensible

Poète et psychiatre, **Ouanessa Younsi** n'admet pas de frontières étanches entre la science et l'art. Dans son dernier ouvrage, *Soigner, aimer*, elle se penche sur sa pratique de la médecine, sa pratique de la littérature, de même que sur les passerelles leur permettant de se compléter.

**Propos recueillis
par Francine Pelletier
et Pierre Lefebvre**

Vous qui êtes poète et écrivaine, comment en êtes-vous venue à devenir psychiatre ?

OUANESSA YOUNSI — Au cours de ma formation en médecine, la seule chose qui m'a réellement intéressée, c'est la psychiatrie. La psychiatrie ouvre sur des fenêtres de complexité, des zones grises. En médecine, pour déterminer si le patient souffre d'une appendicite, on fait une imagerie. En psychiatrie, le diagnostic repose essentiellement sur la clinique. C'est une discipline du questionnement. D'ailleurs, sa nature même est sujette à question. Qu'est-ce que la psychiatrie ? Qu'est-ce qui est de son ressort, qu'est-ce qui ne l'est pas ? Qu'est-ce qui est normal ou pathologique ? Comme je m'intéressais déjà à la philosophie et à la littérature, ça m'a fascinée.

Et pourquoi ne pas vous être uniquement lancée en littérature ?

La littérature, c'est ma passion. Mais, comme encore trop de femmes dans nos sociétés, je n'avais pas suffisamment confiance en moi pour croire qu'il me serait possible de faire ma voie dans ce domaine-là, professionnellement. L'écriture était pour moi une activité intime. Tout au long de ma spécialisation, j'ai vécu ça de manière très clivée. Le jour j'avais ma vie de psy, et le soir, ma vie d'écrivaine. Lentement, au fil des années, les deux pratiques se sont intégrées l'une à l'autre en un processus de « réconciliation batailleuse », pour reprendre une formule de Miron. Bref, les deux vents contraires sont devenus pour moi complémentaires. J'ai l'impression que ma pratique poétique me permet d'être à l'écoute de mes propres vulnérabilités. Comme l'écrit Nicole Brossard : « Il y a des nuits en nous, il faut s'en occuper ». Ça m'aide aussi à être à l'écoute d'autrui, à ouvrir d'autres horizons. Et puis tout comme la poésie, la psychiatrie, c'est le langage. Le psychiatre n'a pas de tests biologiques pour déterminer si quelqu'un souffre de la maladie bipolaire ou de la schizophrénie. Il faut se fier au récit, à ce qui nous est raconté par le patient et son entourage. Écouter aussi ce qui n'est pas dit. On se révèle par ce qu'on dit, par ce qu'on tait et par ce que ça dit.

Dans l'avant-propos de *Soigner, aimer*, vous évoquez le grignotement de la psychiatrie par la médecine. Faut-il y voir une méfiance de la médecine envers les zones grises de la psychiatrie ?

Comme je l'évoquais tantôt, la psychiatrie est une discipline toujours en train de redéfinir ce qui relève de son domaine. Chaque nouvelle édition du DSM (le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) suscite son lot de débats : qu'est-ce qui est une maladie ? Qu'est-ce qui ne l'est pas ? Comment définir tel ou tel trouble ? C'est comme ça qu'apparaissent de nouveaux troubles qui n'étaient pas nécessairement définis de la même façon dans les éditions précédentes. Bon, le DSM se veut a-étiologique ; il ne propose pas d'étiologie sous-jacente, c'est une simple liste de symptômes,

« C'est effarant d'être dans une société où l'on parle autant de santé dans les médias ou à l'Assemblée nationale, tout en n'osant pas évoquer ce qui permet aux gens de rester en santé : les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles on naît, grandit, vit, meurt. »

de signes, de critères. Un clinicien ne peut se contenter de cocher des critères pour déterminer si une personne souffre de dépression plutôt que d'un trouble d'adaptation. Ensuite, il y a les neurosciences qui prennent en ce moment de plus en plus de place en psychiatrie. Et je reconnais l'apport des neurosciences. Cela dit, si l'on se contente de suivre cette voie, les psychiatres vont devenir des neuropsychiatres. Et à partir de là, avec le temps, ils vont devenir des neurologues. C'est en partie pourquoi un groupe de psychiatres dont je fais partie tente de développer, au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal auquel je suis affiliée, un programme alliant la psychiatrie et les sciences humaines. La psychiatrie, me semble-t-il, est liée aux sciences humaines, qui la nourrissent et la questionnent. Être humain, ce n'est pas être un cerveau.

C'est intéressant, parce que l'on sent cette même tension entre les sciences dures et les sciences humaines.

Oui, c'est étrange, les sciences humaines essaient de plus en plus d'aller vers le quantifiable, le mesurable. Mais pour la psychiatrie, pour la médecine, c'est précisément l'aspect non

quantifiable des sciences humaines (et de l'être humain !) qui peut aider à prendre un recul sur la pratique. En tant que cliniciens, on est toujours dans la pratique avec les patients. La philosophie, la littérature, la sociologie, etc., nous permettent de prendre un temps de recul par rapport à nos pratiques, ne serait-ce que par rapport aux enjeux éthiques auxquels nous faisons face et qui sont particulièrement présents en psychiatrie. Ça nourrit aussi notre façon d'appréhender le monde. Plus spécifiquement, la littérature est une plongée dans la psyché. Sans compter cette idée voulant que lire des œuvres de fiction contribuerait à développer l'empathie. Bref, ça nous garde humains. Et pour ma part, ça me garde dans ma zone de vulnérabilité. C'est pourquoi j'ai voulu en témoigner dans mon livre, en me situant dans une posture où, moi-même, je suis soignée. Il m'apparaissait essentiel de ne pas présenter la médecine comme toute-puissante et les médecins comme des dieux. Pour moi, soigner nécessite l'humilité. Ce n'est pas facile. L'essentiel est difficile.

Est-ce qu'il n'y aurait pas, dans le désir de médicaliser la psychiatrie, une difficulté à faire face à ce qui n'est pas scientifique, ou enfin, à ce qui est difficilement prouvable de manière scientifique ?

Je crois pour ma part qu'il y a une distinction à faire entre science et médecine. La médecine est à la fois une science et un art. Comme je l'écris dans *Soigner, aimer* : « L'art est ce qui permet à la science de passer entre deux êtres. » Soigner, écouter, reposer sur une pratique qui dépasse la seule technique. La médecine est également une question de relation, de lien. L'on peut être le meilleur chirurgien au monde au plan technique, si le patient n'a pas confiance en nous, il ne voudra peut-être pas se faire opérer. Avec les développements de la technique, la médecine fait des miracles chaque jour. Mais en même temps, la méfiance de certaines personnes envers la médecine occidentale ne peut pas être ignorée. Pour ma part, ça laisse entendre que les gens ont surtout l'impression de ne pas être écoutés. Or, ça fait partie du métier de médecin d'écouter. Soigner, ça ne se résume pas à guérir. Il va sans dire que les avancées de la technique sont très importantes, et qu'elles sont d'un grand secours pour beaucoup de gens qui souffrent. Mais la technique ne suffit pas. Récemment, j'ai eu un problème somme toute bénin de santé, mais qui m'a tout de même amenée à voir des médecins, bref, à me transformer à mon tour en patiente. Ça m'a troublée profondément, car je me suis parfois sentie comme une chose, un numéro. On m'a guérie, mais on ne m'a pas soignée.

Vous dites même que pour soigner, on doit aimer. Et ça, c'est tellement à contre-courant de ce qu'on connaît de la médecine ou de la science.

Tout à fait. Ma mentore en psychiatrie disait : « Il faut trouver quelque chose à aimer chez le patient. » Évidemment, aimer est difficile, tout comme soigner, et nous sommes des humains donc nous sommes limités. Cela dit, il ne faut pas confondre amour et fusion avec l'autre. Pour aimer, il faut être deux. Et pour être deux, il faut être séparé. Pour être en lien avec mon patient, je dois être séparée de lui

psychiquement. Sinon je suis en lien avec mon histoire, mon enfance, mes parents en moi. Il ne faut pas confondre son histoire avec celle des autres. Si un patient tient des propos suicidaires, je ne peux pas le soigner si je projette inconsciemment sur lui la figure de mon père ou de ma mère. Si c'est le cas, c'est moi-même que je tente de réparer à travers autrui. Lorsqu'on est dans une telle confusion d'histoires, on est loin de l'amour de l'autre. Et aimer, c'est aussi dire non. Je le dis à mes étudiants : la psychiatrie, c'est aussi apprendre à dire non. L'autre avantage d'être en lien avec les patients, c'est d'avoir la possibilité d'apprendre d'eux. Mes patients m'apprennent beaucoup. La poésie aussi d'ailleurs. Elle permet d'entretenir un rapport à soi, à ses ombres. Et du même coup, lorsqu'il y a un rapport à soi, il y a la possibilité d'un rapport à l'autre.

Vous dites aussi dans votre livre que c'est la même « faille » qui vous amène à la psychiatrie et à l'écriture, et que le soin ne peut s'exercer sans « la poésie d'une âme ouverte à la folie en soi ».

On est dans le même bateau : celui de la maladie et de la mort. On est des morts en devenir. Et si je ne suis pas ouverte aux vulnérabilités en moi, je ne peux pas accepter celles des autres.

Mais comment fait-on pour aller vers l'autre en psychiatrie ? En médecine, la personne a mal, on pose un diagnostic, puis on propose un traitement. Mais quand on reçoit des gens en plein délire, ou qui ne veulent pas être là, qui ne pensent même pas être malades, comment fait-on ? Où commence-t-on pour établir un pont vers l'autre ?

J'essaie de faire alliance avec la souffrance du patient, de trouver des zones de compromis entre lui et moi. Le patient peut ne pas croire qu'il souffre de schizophrénie, mais on peut s'entendre pour tenter de soulager la souffrance liée au sentiment d'être constamment surveillé. Le patient peut avoir une façon de nommer son expérience qui diffère de celle que j'emploie comme psychiatre. Pour lui, par exemple, le mot « schizophrénie » peut ne pas convenir. Je me souviens d'une patiente bipolaire qui parlait de son trouble comme étant « vert ». Lui parler de « maladie verte », c'est correct, ça me va très bien. Je ne me battrai pas pour lui imposer ma terminologie. Pourvu qu'on parle de la même chose, du même objet. Et parfois on n'arrive pas à s'entendre sur un objectif ou à faire alliance, alors on est d'accord... qu'on n'est pas d'accord !

C'est amusant, car vous évoquez là la question de la représentation, de la métaphore. La médecine, au fond, comme les arts, est affaire de métaphore.

Tous deux sont espaces de langage et de sens. En psychiatrie, on a constamment affaire à des constellations de signes et de symptômes dont on essaie de saisir le sens, à partir desquels on pose un diagnostic. Le psychiatre, comme le poète, pose des mots sur un ensemble de signes. Mais pour le patient, il me semble qu'il n'y a pas de métaphore. Il y a

le corps, encore le corps, toujours le corps, qui ramène à la fragilité, à la douleur, à la souffrance, au réel brut et brutal.

Votre livre s'ouvre sur votre expérience de psychiatre à Sept-Îles. Pourquoi avoir choisi ce lieu comme ouverture ?

Mon expérience à Sept-Îles a été très marquante. Ce qui m'a le plus frappée, c'est bien sûr la souffrance des Autochtones. L'oppression que ces peuples ont vécue, et vivent encore, et qu'on sent jusque dans la psyché des individus, génère une importante détresse. Face à une telle douleur, en tant que psychiatre, on sent bien que les solutions sont plutôt sociales, économiques, culturelles et politiques. Et comme individu, on se sent impuissant. Les questions de santé sont des questions d'inégalité. Et cela, on n'en parle pas assez. C'est effarant d'être dans une société où l'on parle autant de santé dans les médias ou à l'Assemblée nationale, tout en n'osant pas évoquer ce qui permet aux gens de rester en santé : les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles on naît, grandit, vit, meurt. Or, ces conditions-là sont déterminantes. C'est comme si l'obsession pour la médecine et la santé occultait les mesures politiques, sociales, économiques ou culturelles qui seraient nécessaires pour améliorer la santé des gens. Aider l'éducation, par exemple, c'est aider la santé. Et lors de ma pratique à Sept-Îles, la santé des Autochtones me semblait d'abord une question sociale, une question de justice. Il va sans dire qu'il faut traiter chacune des personnes souffrantes, mais si on ne fait rien pour régler les raisons systémiques qui plongent tant d'individus dans la misère, ce sera toujours à recommencer.

Est-ce que ça arrive, de devoir dire à quelqu'un « ce n'est pas de moi que tu as besoin, pas d'un psychiatre... » ?

Ah oui ! La psychiatrie, actuellement, s'occupe surtout des personnes souffrant de troubles complexes et persistants, comme celles souffrant de schizophrénie, de maladie bipolaire, de troubles schizo-affectifs, etc. La majorité des patients souffrant de dépressions ou de troubles anxieux sont suivis par des médecins de famille et des intervenants en première ligne. Je dirige donc des patients vers un médecin de famille, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc., parce que leurs difficultés ne nécessitent pas un suivi par un psychiatre, mais d'autres types d'interventions. Il y a toutefois un grave problème d'accès à la psychothérapie. À l'urgence, il m'arrive parfois de voir des gens qui arrivent en crise à la suite d'une rupture amoureuse, sans qu'ils aient de troubles psychiatriques en tant que tels. Au fond, ces gens-là ont besoin de parler. Moi, j'offre cette épaule-là, ça me fait plaisir, mais en même temps, est-ce qu'ils ont besoin de voir un psychiatre ?

Il y a vraiment des gens qui se présentent à l'urgence psychiatrique en peine d'amour ?

Oui... mais souvent, ils ont aussi tenu des propos suicidaires ! Mais ça arrive, oui. Ce qui nous ramène aux questions sociales que j'évoquais tantôt. Ces gens-là souffrent aussi de ne pas avoir de réseau, de proches, de famille.

Il y a aussi, j'imagine, toute la pression sociale nous incitant à toujours aller bien, au meilleur de notre forme, toujours performants.

En effet. Certains disent qu'on est dans une ère du narcissisme et, paradoxalement, c'est une ère où on est très loin de soi, de sa vie intérieure et de l'amour de soi. Ça pose aussi la question du rôle de la médecine, notamment à travers l'utilisation de médicaments non pas pour traiter une maladie, mais bien pour rendre plus performant, comme l'usage de psychostimulants par certains étudiants. Parfois, c'est sain, la tristesse, la colère. Il y a une certaine invalidation de ces mouvements émotifs qui font partie de notre humanité. Je vois parfois des patients qui vivent des épreuves terribles et qui n'ont pas de trouble psychiatrique. Et je leur dis : vous savez, moi aussi je serais triste à votre place. Si vous n'étiez pas triste, je serais inquiète. Lorsqu'ils entendent ça, les gens se sentent plus normalisés. Je ne suis pas malade, ni fou. Si ça vient d'une psychiatre, ça doit être vrai ! [rires] Les patients

«Rencontrer l'autre, de manière véritable, présuppose qu'il y ait un autre (!), à l'extérieur de soi, et qu'on ne soit pas seulement dans un rapport avec ses propres ombres, dans son propre théâtre !»

sont parfois surpris lorsque je leur dis que moi aussi, ça m'arrive de me sentir déprimée certaines journées. Mais c'est normal ! Le contraire serait inquiétant. Le meilleur des mondes serait le pire des mondes possibles !

Il n'y a pas si longtemps, l'homosexualité était encore perçue comme un trouble mental. Est-ce qu'on a encore tendance, aujourd'hui, à mettre nos préjugés dans ce qu'on appelle un diagnostic médical ?

C'est une vaste question, qui revient à se demander : qu'est-ce qu'une maladie ? Grossièrement, on peut esquisser trois types de réponses. D'abord, une position naturaliste, qui dirait : la maladie relève seulement de la biologie. Ensuite, une position normativiste, qui dirait : la maladie n'existe pas en soi, elle relève du regard, d'une construction de la société. Enfin, certains auteurs ont proposé une approche hybride, combinant à la fois un critère naturaliste et un critère normativiste, donc un jugement de fait et un jugement de valeur. Je pense par exemple à Jerome C. Wakefield et à sa thèse du « *harmful dysfunction* », soit la proposition que la maladie est un dysfonctionnement au sens biologique entraînant des

préjudices. Hormis si on prône une perspective strictement naturaliste, on n'a pas le choix de reconnaître que la maladie dépend, du moins en partie, d'un critère relevant des valeurs. Par exemple, quelqu'un ayant une polydactylie, c'est-à-dire un ou plusieurs doigts de plus à la main ou au pied, ou encore une personne albinos, n'est pas nécessairement malade si elle ne souffre pas de préjudice lié à cette condition, même si au plan biologique ça constitue une « anomalie ». On sent qu'il y a donc une composante plus large que la seule biologie pour parler de maladie. Aujourd'hui le fait que l'homosexualité n'est pas une maladie relève de l'évidence en psychiatrie. Est-ce que dans cent ans, deux cents ans, certains troubles aujourd'hui considérés comme des maladies en psychiatrie seront vus autrement ? Je crois que c'est probable. Je suis curieuse en tout cas ! En psychiatrie, l'évolution historique des diagnostics tend à montrer une influence certes de l'évolution des connaissances, mais aussi de la société et, osons nommer l'éléphant dans la pièce, de l'industrie pharmaceutique.

Ceci dit, pour certains troubles dont la base neurobiologique apparaît de plus en plus évidente, comme la schizophrénie, les troubles du spectre de l'autisme, etc., il y a un certain consensus. Les débats concernent surtout d'autres troubles, et généralement pas tant les troubles eux-mêmes que la manière d'en définir les critères. Par exemple, certains soutiennent que les critères du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, ou de la dépression, tels que formulés dans la cinquième édition du DSM, sont trop larges et manquent de spécificité pour vraiment permettre une distinction entre des souffrances, parfois même intenses, mais non pathologiques, et celles relevant d'une pathologie. C'est d'ailleurs la thèse défendue par Horwitz et Wakefield dans *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* [Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses]. Le point important étant que l'existence de la dépression comme maladie n'est pas remise en question, mais la définition qu'on en donne dans le DSM, oui. C'est d'ailleurs LA question de la psychiatrie : distinguer le normal du pathologique. Il y a aussi plusieurs questionnements sur la division actuelle des différents troubles de la personnalité, certains prônant une approche plus dimensionnelle. On voit aussi des troubles qui apparaissent, comme l'intégration officielle dans la section des troubles dépressifs du DSM-5 du trouble dysphorique prémenstruel (à distinguer du syndrome prémenstruel), qui était auparavant classé dans une annexe du manuel comme un trouble nécessitant plus de recherches. Je ne crois pas qu'il y ait des cas semblables à l'homosexualité dans la moulture actuelle, mais qui sait ce qu'on en dira dans cent ans ! Pour mémoire, rappelons la drapétomanie, une prétendue maladie mentale du XIX^e siècle qui expliquait pourquoi des esclaves fuyaient leur condition de captivité. L'histoire enseigne l'humilité.

Je ne peux pas m'empêcher de vous demander... votre père est Algérien et votre mère est Québécoise. Vous êtes au cœur de tout ce dont on discute en ce moment !

Oui et non... Mon père est Algérien, mais pour diverses raisons, cet héritage ne m'a pas été transmis. Un peu comme une amputation à la naissance. Ça entraîne une souffrance liée à des membres fantômes, une douleur liée à cette « présente absence » pour reprendre le titre d'un ouvrage de Mahmoud Darwich. Là où il n'y a rien, pour moi il y a tout. C'est un récit que je tente de reconquérir, en suivant des cours d'arabe, en m'intéressant à cette part de moi qui m'est inconnue, à cette étrangère en moi. Pour ce qui est du débat actuel sur les identités, je ne suis pas certaine de tout comprendre, j'essaie surtout d'écouter les émotions, les inquiétudes. Autrement, si on n'entend pas, les gens crient plus fort et on assiste alors à une escalade de projections, au sens de mécanismes de défense, ou encore à une montée des extrémismes. Écouter, ça ne veut pas dire être d'accord sur le contenu, mais reconnaître une part d'humanité à l'autre. Nous-mêmes, quand on a des inquiétudes, on n'aime pas quand les gens disent « ne t'en fais pas ! », « il n'y a pas de raison d'avoir peur ». Même s'il n'y a pas toujours de raisons extérieures d'avoir peur, on a peur ! On s'attend à ce que notre émotion soit entendue. Après on peut analyser, décortiquer le problème ensemble, débattre, ramener l'émotion à son vrai lieu, à son histoire.

Comment peut-on, politiquement ou socialement, créer un tel espace d'écoute ? Est-ce illusoire d'y penser ? Est-ce que la psychiatrie peut nous donner des pistes pour réfléchir au social, au politique ?

Vous feriez de bons psychiatres, vous posez de bonnes questions ! Si je vous répondais en psychiatre, je vous répondrais à mon tour par une question ! [rires] Mais je veux bien tenter une réponse. Je crois qu'un tel espace d'écoute nécessite un espace réel et non virtuel, des rencontres en personne. On entend plein de discours sur les personnes immigrantes et souvent ces gens qui parlent ne les côtoient pas dans le réel. Le virtuel augmente à mon avis la part de projections, c'est-à-dire d'attribution à l'autre de ses propres sentiments, le plus souvent de manière inconsciente. Rencontrer l'autre, de manière véritable, présuppose qu'il y ait un autre (!), à l'extérieur de soi, et qu'on ne soit pas seulement dans un rapport avec ses propres ombres, dans son propre théâtre ! Ça paraît simple, mais je crois que c'est plus rare qu'on ne le croit. Et pour qu'il y ait un autre, la rencontre en personne me semble incontournable, car elle aide à détruire la part de projections. Par exemple, si je pense que les musulmans sont X ou Y, dès que je côtoie au quotidien des musulmans, ma pensée se bute au réel. Je peux alors découvrir que j'étais prise avec moi-même, ou plutôt en moi-même, dans les filets de mon histoire. Et si je fais l'effort de reprendre mes projections, que le réel a déjà contribué à ébranler, alors je peux écouter l'autre. Ma vision est donc très psychique à ce sujet. Pour qu'il y ait un autre, il doit d'abord y avoir un soi au sens psychique. La psychiatrie, ou plutôt la psychanalyse, peut nous donner je crois ces pistes-là. Bien sûr, tout le monde n'a pas la possibilité de faire une analyse. Comme société, je crois que cela passe par l'éducation. Quant aux personnes qui ont le privilège d'avoir accès à des tribunes pour porter



Les femmes se reconnaissent entre elles grâce à un signe secret.

leur message, elles devraient à mon avis éviter de mettre de l'huile sur le feu. L'intensité est souvent signe que quelque chose de plus profond se joue. Par exemple, lorsque je « tombe » en amour, ce qui est différent d'être en amour, l'intensité du début a plus à voir avec mon histoire, mes premiers attachements, qu'avec la personne réelle que je connais bien peu ! Un mécanisme semblable est à l'œuvre ici selon moi : toute cette intensité du débat me fait dire que quelque chose de plus profond se joue. Quoi ? Je ne suis pas encore certaine, c'est pourquoi j'essaie d'écouter et de ne pas trop projeter ! [rires]

Est-ce que les maladies mentales augmentent quand ça va mal en société ?

Je vais me permettre ici de citer un passage de mon livre pour vous répondre : « La ville a sombré dans la pauvreté en une nuit. A tout perdu au casino du cours des métaux. Les patients déclarent faillite, incapables de payer l'hypothèque de maisons roulottes achetées à des prix exorbitants. Plongent dans l'alcool, la drogue pas chère (de la coke on passa au speed, au cannabis, puis à la colle), la dépression. Je me rappelle les courbes, le taux de suicide qui suit le taux de chômage, ces graphiques étudiés dans mes cours, ces chiffres devenus Sept-Îles, mon amie. » Pour le reste, je crois que j'ai vraiment un biais à cause de mon travail, j'ai l'impression que tout le monde ne va pas bien ! [rires] Heureusement la poésie me rappelle qu'il y a encore beaucoup de bonté et de mots pour vivre. **L**

♦ **Ouanessa Yousi** est poète et médecin psychiatre. Elle poursuit également des études à la maîtrise en philosophie. Elle a publié deux recueils de poésie aux éditions Mémoire d'encrier : *Prendre langue* (2011) et *Emprunter aux oiseaux* (2014), codirigé le livre collectif *Femmes rapaillées* (2016). *Soigner, aimer*, son dernier titre, retrace son parcours comme soignante.