

**Compte-rendu du séminaire
du Service Appui Santé
« Puis-je vous parler de votre
folie ? »**

Mardi 07 avril 2009

PRESENTATIONS:

Par : Béatrice MEYER ;Inspectrice Technique Adjointe au Chef de Bureau du RMI
Par : Patrick POISSON : Fondateur et Directeur de l'association Processus- Recherche.
Par : Mireille ARTUS : Coordinatrice du Service Appui Santé pour Processus-Recherche.

INTRODUCTION par Mireille Artus :

Le thème de cette première conférence que nous organisons : "Puis-je vous parler de votre folie ?"est bien large Si le soin des malades est une activité psychiatrique prise en charge par les médecins, la rencontre avec les malades concerne autant les travailleurs sociaux que le monde médical. La psychiatrie aujourd'hui semble se tourner vers une psychiatrie "hors les murs", une pratique se déroulant dans un cadre non hospitalier. Les médecins comme les travailleurs sociaux sont des artisans de la relation, utilisant un même outil, la parole. Mais certains chantiers sont délicats ; les fondations fragiles, les murs porteurs introuvables et les plans illisibles ; alors, comment œuvrer au mieux ?

C'est avec plaisir que nous accueillons aujourd'hui les Docteurs Grivois et Bardou afin qu'ils nous parlent de leur expérience en tant que psychiatres.

1. Le docteur Grivois est psychiatre et a créé le service des urgences psychiatriques de l'Hôtel-Dieu. Le travail qu'il fournit avec son équipe est fort bien décrit dans un documentaire de Raymond Depardon, "Urgences". C'est avant tout son approche originale des psychoses naissantes qui l'a fait connaître. Il a ainsi oeuvré pour faire reconnaître la maladie mentale dans l'Hôpital Général. Dès lors, Docteur Grivois, que pouvez-vous nous apprendre de la maladie mentale? A partir de votre expérience de clinicien, est-ce que vous pouvez nous expliquer les rapports à entretenir avec les fous? Autrement dit, comment parler avec les fous?

Docteur Grivois :

Je ne vais vous parler que de la vraie folie, de la folie universelle, celle qui concerne toute la planète, à toutes les époques. Cette folie est une tragédie pour les malades et leur famille. J'ai centré mon travail sur les adolescents et les jeunes adultes qui entrent en psychose. Il y a de nombreuses manières d'entrer en psychose, le plus souvent cela se fait de façon discrète. Dans une famille, un enfant "décroche"; c'est quelque chose de léger qui apparaît souvent a posteriori, un phénomène

qu'on ne remarque pas sur le moment et qui passe inaperçu.

Je ne sais pas si vous connaissez Pinel. Pinel est le médecin du XVIII^e siècle qui a révolutionné la manière de voir les fous. Jusqu'à son époque la folie était encore considérée comme une aliénation mentale. Il est l'inventeur du "traitement moral". En 1794, il est nommé à Bicêtre, hôpital qui recevait les malades de l'Hôtel-Dieu. Et, à partir de 1802, sous le Consulat, le ministre Chaptal décide d'envoyer tous les hommes fous de l'Hôtel-Dieu à Bicêtre et toutes les folles à l'hôpital de la Salpêtrière. Pinel a ainsi travaillé sur de nouveaux patients. Pinel ne s'est jamais insurgé contre les saignées pratiquées sur ces patients pour les calmer, ce n'est pas lui non plus qui a supprimé aux fous leurs chaînes mais le concierge de l'hôpital, un dénommé Pussin. Pinel avait d'ailleurs une trouille terrible des malades. Mais, pour en revenir à ce qui nous concerne, Pinel a permis de penser la folie non plus comme aliénation mais comme "maladie mentale".

On parle maintenant de "psychoses". Il existe de multiples psychoses, on parle "des" psychoses et non pas de "la" psychose. Les psychoses, personne ne sait vraiment ce qu'elles sont. Il y a d'abord un tronc commun. Les adolescents et les jeunes adultes qui entrent en psychose ont tous plus ou moins les mêmes symptômes et il est absolument impossible de prédire comment va évoluer leur maladie, vers quelle type de psychose. Ce tronc commun des psychoses ou psychose naissante est un phénomène important et mal connu. On disait, il y a encore quelques années, qu'un tiers des jeunes patients en psychose naissante s'en sortait, un tiers rechutait et que le dernier tiers sombrait dans la chronicité. On est aujourd'hui beaucoup plus pessimiste et l'on considère qu'un quart des patients s'en sortent et que les autres vont devenir des malades chroniques.

Sur le plan épidémiologique, la folie est une affection universelle, le taux est le même partout et ça ne s'emballe jamais. C'est une donnée anthropologique de l'espèce humaine. L'espèce humaine produit de la folie. Il faut bien préciser que les premières fois sont rarement observées assez tôt. Il est difficile de dire avec certitude que c'est un premier accès. En urgence, ce qu'on appelle bouffées délirantes, ce sont plutôt des rechutes de psychoses déjà connues.

Les psychoses naissantes sont encore très mal connues. On ne les connaît pas car on parle peu avec ces patients silencieux. En général, on attend donc qu'ils délirent puisqu'on sait que ça va arriver. Il y a un désintérêt pour les jeunes psychotiques, on ne s'intéresse à eux que lorsqu'ils parlent parce qu'ils délirent...enfin ! L'essentiel est dans le vécu du patient et dans le "**concernement**". Le patient a l'impression que partout où il va, on s'occupe de lui, c'est cela le concernement. C'est un concept que Starobinski, psychiatre et critique littéraire, applique à Jean-Jacques Rousseau. Mais contrairement à Jean-Jacques Rousseau, la plupart des patients ne parlent pas. On dit alors qu'ils sont incohérents et pourquoi parler à ces patients ? Puisqu'ils sont incohérents, autant attendre qu'ils parlent ou qu'ils délirent. Parlons de leur vécu avant leur délire . Je me souviens d'un patient qui m'a dit un jour : "je suis vous". Les psychotiques naissants ont souvent un sentiment d'identité absolue avec les autres. Ce qui importe dans ce vécu c'est son origine interpersonnelle : c'est un trouble interpersonnel, pas une idée. A l'extrême, le patient vit un événement universel, avec l'espèce entière. Mais depuis Freud, tout a un sens en fonction du passé. L'analyse freudienne est ici totalement inefficace, le vécu initial de la psychose est lié à un trouble physiologique interindividuel. Ce trouble au départ est sans aucune autre signification. C'est physiologique avant d'apparaître psychologique.

Je suis né dans une famille de psychiatres. Mon grand-père est né la même année que Freud et il a écrit un livre très classique sur les psychoses. Mais tout comme Freud, il n'a pas dit grand chose sur

les psychoses naissantes. Ma grand-mère, j'étais encore très petit, m'a dit un jour alors que j'avais prononcé devant elle le mot « fou », "tu n'emploieras plus jamais ce mot là devant moi" en me donnant une tape sur les fesses. Avec les fous, on était un peu en terrain de mission. Pourtant, le mot malade n'est pas beaucoup mieux : il a remplacé celui de fou dans les insultes et il démobilise les médecins et les personnels soignants. On dit aux patients "prends tes médocs". Dans toute ma carrière je pense que je n'ai vraiment guéri que deux malades, d'autres sont devenus maniaco-dépressifs, les autres sont restés psychotiques. Je n'ai jamais eu la prétention de guérir. Les rencontrer au départ de leur psychose, sans les empêcher de rester dans le concernement a permis de créer un lien irremplaçable.

- Remarque 1: La notion d'incohérence

C'est une donnée subjective parfois proche de l'injure et qui relève en tout cas du mépris. L'incohérence psychotique n'est jamais prouvée. « Si ce que tu dis n'est pas incohérent pour toi : je dois, moi, par respect, faire l'effort de comprendre comment tu en es arrivé à penser ça ».

- Remarque 2: La confusion mentale

Ce n'est pas ce qu'on appelle confusion dans le langage ordinaire. C'est un terme de médecine d'urgence. C'est en outre curable par un traitement adéquat. La confusion mentale se caractérise par une désorientation dans le temps et dans l'espace, un trouble de l'identité et une perte de mémoire. Le psychotique naissant n'est pas confus.

- Remarque 3: La démence

La démence est un mélange irréversible de déraison, de perte de l'identité et de confusion mentale chronique. C'est là un terme de neurologie qui ne relève plus de la psychiatrie.

DÉBAT avec la salle

question:

Il nous arrive de rencontrer des gens extrêmement « bizarres ». Dans ces cas-là, comment peut-on faire la différence entre confusion mentale, incohérence, démence, etc...

Docteur Grivois:

C'est une question extrêmement intéressante et très importante. Beaucoup de médecins ne le savent pas eux-mêmes. L'incohérence est toujours subjective. C'est un jugement qu'on porte sur son interlocuteur. Le médecin, le juge, les parents décident que ce que dit le patient est incohérent. Il faut respecter l'incohérence parce que ce qu'on appelle incohérence a toujours du sens pour le patient. On a tendance à dire très vite, trop vite, « c'est incohérent ». Il y a très peu de symptômes d'incohérence. Pourtant, tous ces patients ont un air en commun, un air de famille. La confusion mentale est un terme médical que l'on repère avant tout par une désorientation et par une perte totale des repères spatio-temporels. En ce qui concerne la démence, vous n'avez pas à vous en préoccuper. La démence n'est plus un terme psychiatrique.

Docteur Bardou :

La confusion mentale est un symptôme médical dont les causes sont médicales. L'incohérence se juge par rapport au contexte. Un délire peut être cohérent dans son contexte.

Question :

Est-ce que les psychoses peuvent naître à d'autres périodes de la vie qu'à l'adolescence ?

Docteur Grivois :

La psychose apparaît toujours sur des êtres complets, achevés. Elle apparaît toujours entre 12 et 30 ans et c'est toujours un cataclysme dans une famille.

Question :

On voit beaucoup de fous non suivis. Comment peut-on les accompagner notamment quand ils sont dans le déni de leur maladie? On se sent très souvent impuissant.

Docteur Grivois :

C'est un problème mais c'est surtout une question d'attitude et de comportement. Souvent ils considèrent que c'est dans leur famille que leur maladie est la plus difficile à vivre. Ceux qui s'en sortent, sont ceux dont les familles ont été exemplaires. Il faut rester naturel, supporter ce qui paraît incohérent.

Question :

Ecouter c'est très bien, mais nous on est là pour leur parler de la réalité. Alors comment peut-on leur parler de la réalité ?

Docteur Grivois :

Il y a un très bon moyen c'est de jouer sur les mots « vrai » et « réel ». Ce que tu dis est vrai mais ce n'est pas réel. Le meilleur moyen c'est de ne pas avoir peur, de prendre du temps, de sourire.

Françoise Bernhardt :

Je suppose qu'il y avait des assistantes sociales à l'Hôtel-Dieu. Comment se passait la rencontre sociale dans votre service de l'hôtel dieu?

Docteur Grivois :

Il n'y a pas de réponse unilatérale. Les Assistantes Sociales avaient toutes choisies d'être là et elles faisaient un travail remarquable.

Docteur Bardou:

Il n'y a pas vraiment de « truc » pour parler avec les malades, il faut être dans le concret de la relation.

Mireille Artus:

Est-ce qu'il faut suivre la personne dans son délire? Ou bien faut-il, au contraire, l'amener à la réalité?

Docteur Grivois :

Là, on sort de mon sujet. Je parle des patients avant qu'ils ne délirent. Ca peut être une bonne chose le délire. Il faut toujours faire le lien entre le délire et la réalité, entre le délire et l'origine du délire. Le délire n'est jamais incohérent, c'est une recherche de sens. Il faut marcher avec ce sentiment, y penser. Les psychotiques ont l'impression que tout le monde s'occupe d'eux et il faut les accompagner dans ce voyage.

Françoise Bernhardt:

Vous parlez là d'un contexte thérapeutique. Mais dans un contexte social, lorsqu'on a affaire avec quelqu'un qui délire ou plus généralement avec quelqu'un qui est très éloigné de la réalité, faut-il écouter la conversation ou rester présent? On s'en va ou on reste ?

Docteur Grivois :

On reste évidemment. Même s'il y a un côté très lassant et très stéréotypé dans les délires des patients (les délires et les psychoses se ressemblent tous), il faut rester, il faut écouter comme si c'était la première fois.

Docteur Bardou :

Je pense qu'il faut faire la différence entre les situations et entre les patients. Surtout dans un contexte social, puisque vous n'êtes pas là pour soigner, si les gens sont trop à côté de la plaque, il faut pouvoir mettre fin à l'entretien. D'autres, en revanche, qui sont délirants peuvent être pertinents. Et avec cela on peut parfois avoir un contact tout à fait productif sur le terrain, même de leur délire.

Docteur Grivois :

En effet, ils ne sont jamais incohérents intellectuellement, l'incohérence est personnelle. Ils ne peuvent pas dire « je ». Leur psychose semble dire : « je suis comme tout le monde et personne n'est comme moi ». On peut trouver un très bon exemple de cela dans *la vie unanime* de Jules Romain (NRF Poésie, Gallimard). Jules Romain écrit : « Je cesse d'exister tellement je suis tout ».

Question :

Comment amener les patients vers le soin ?

Docteur Bardou :

Il est très important de travailler ensemble; il faut toujours avoir en tête que vous n'êtes pas tout seul. Il faut solliciter vos réseaux mais aussi et surtout les réseaux autour de la personne : la famille, le médecin traitant, etc.

Question :

Mais il y a beaucoup de patients qui sont dans le déni de leur maladie. Par exemple, une personne qui vit dans une extrême souffrance mais qui dénie, qui met en place des mécanismes de défense.

Docteur Grivois :

Il faut leur parler de leur délire, il faut discuter avec eux, ce que beaucoup de médecins refusent de faire.

*

*

*

Docteur Bardou :

la question du déni est un concept psychanalytique et comme je suis systémicien, je n'ai pas de déni dans mes interventions

*

*

*

Mireille Artus :

2. Le docteur Bardou, qui va nous parler maintenant, est psychiatre et thérapeute familial. Il soigne des jeunes patients âgés de 16 à 30 ans. Il pratique des thérapies individuelles, groupales et familiales. La question que je vous pose Docteur Bardou : Comment se saisir de cette rencontre avec les malades? Comment la rendre sensible et utile ? Y a-t-il des contre-indications dans la relation au patient ?

Docteur Bardou :

Après le médecin des villes, je suis le médecin des champs. Je travaille dans les mauges, en pays Chouans. Mes patients sont tous des patients jeunes mais déjà inscrits dans la maladie. 60% d'entre eux sont psychotiques. L'institution dans laquelle je travaille utilise comme référentiel théorique le courant systémique. A mon avis, il ne faut pas s'embêter avec la question du déni qui est une pure question théorique. Nous n'avons aucune certitude. Il s'agit toujours de théorie qui donne du sens pour trouver des stratégies. La Systémique est un courant transversal qui s'est développé d'abord dans le champ social. Le plan systémique consiste, pour faire vite, à :

- ne pas s'embêter avec les symptômes

- développer une pensée circulaire. Contrairement à la pensée cartésienne classique qui est une pensée linéaire qui analyse toujours la relation cause/effet, la pensée systémique estime que la cause entraîne une conséquence qui, elle-même, rétroagit sur la cause.

Exemple : Monsieur et Madame arrivent pour consulter

Madame ne supporte plus son mari alcoolique et monsieur boit pour oublier sa femme qui l'insupporte. (C'est un cas très fréquent dans les Mauges).

Dans le cas présent, il ne faut pas rechercher les causes, mais plutôt utiliser les trois « portes d'entrées », monsieur, madame et leur relation. Ce sont trois paramètres sur lesquels on peut jouer. Il y a toujours différentes façons de comprendre ce qui se passe. Ce qui compte ici, c'est que le

patient va être à lui-même sa meilleure explication. Il faut donc toujours se poser la question : dans ce système, quel sens a ce symptôme? Quel rôle joue-t-il ? je vais vous parler de deux grands courants dans le modèle systémique :

A- Le courant existentiel: On lit le symptôme en fonction du cycle de vie du patient dans sa famille. Il y a des stades d'évolutions:

1. Rencontre d'un monsieur et d'une dame. Ils sont adultes, consentants et ils ont la volonté de construire quelque chose en commun. Il s'agit de deux individus de sexes différents avec des systèmes de valeurs différents et il va falloir que ces systèmes s'harmonisent. Si ça ne s'harmonise pas, ça casse. Les deux questions qu'il faut absolument poser (et se poser) en début d'entretien : quelle est la chose qui m'a d'abord attiré chez l'autre ? Qu'est-ce qui aujourd'hui vous agace le plus ?

2. On continue. Naissance de l'aîné des enfants. De plus en plus, c'est l'arrivée de l'enfant qui fait famille. Il y a donc un complet retournement de la logique de la famille : c'est l'enfant qui crée la famille. Il va donc falloir modifier les règles de la famille (garde, cinéma – parrains, etc.). Chaque phase fait crise dans la famille, c'est donc une phase de crise. Dans une période de crise, il faut forcément modifier l'équilibre d'avant. Les autres enfants sont des « événements de la vie ».

3. L'entrée à l'école du premier enfant: phase de socialisation de l'enfant qui est confié à d'autres. On fait aussi rentrer l'extérieur dans la famille : « la maîtresse a dit que... » Comment gérer l'intrusion de l'extérieur ? Là encore, c'est une période de crise.

4. L'adolescence de l'aîné des enfants. Invention moderne. La transition de l'enfance à l'âge adulte s'opère de 12 à 45 ans. Quand est-ce que s'arrête l'adolescence ? (Il y a une plaisanterie que j'aime beaucoup faire, surtout devant des travailleurs sociaux : l'adolescence s'arrête quand on arrête de porter des jeans.) L'adolescence, c'est le moment où on lâche les idéalizations, on va voir ailleurs, on change de référentiel. Là encore c'est une phase qui fait crise. L'adolescence ne fait crise que dans un 1/3 des cas. D'ailleurs, je voudrais préciser quelque chose d'important; l'adolescence c'est chiant (ils disent tous la même chose les ados), mais ce n'est pas une maladie. Les seuls ados créatifs et intéressants, ce sont les psychotiques.

5. Le départ du premier qui n'est pas forcément l'aîné. Le système entier doit être confronté à la question de la séparation. Un jeune s'en va et des parents acceptent. C'est un mouvement qui va dans les deux sens, un aller-retour.. On peut lire les symptômes de manière métaphorique. La dépendance est toujours à double-sens. On est parti quand on lave son linge. Question de la chambre, de la clé de la maison familiale, des plats le dimanche soir (surtout pour les garçons).

6. Le « nid vide » : le dernier qui s'en va. Laisse les parents tous seuls. Ce n'est pas une boucle, on n'est pas revenu à la situation initiale.

La question quand on reçoit une famille est alors de savoir dans quelle phase est la famille quand le symptôme émerge (pas forcément un symptôme psychiatrique). Il faut retrouver les ressources suffisantes pour repartir dans la vie. Mais les symptômes apparaissent toujours dans un système.

B- Le courant stratégique ou fonctionnel

Le symptôme a une fonction positive. Il faut se demander à quoi ou à qui sert-il ? Le symptôme est une solution, mais une mauvaise solution, que le système a trouvé pour rester en équilibre. Il faut donc trouver des stratégies d'intervention pour conserver la fonction du symptôme sans le symptôme lui-même.

Exemple 1: Jean – Sébastien B. Patient de 28 ans. 1ère hospitalisation.

Il a des comportements addictifs très forts, il est très violent. Il est plus vieux que le reste de la population de notre institution. On l'a reçu en fin 1999 et il n' a plus eu de problème depuis. Prescription médicale : le père devait apprendre à son fils à se servir d'une tronçonneuse; le fils devait faire un siège en bois avec la tronçonneuse et l'offrir à sa mère. Histoire de la famille : le père était l'aîné de cinq enfants. Ses parents sont morts dans un accident quand il avait 19 ans. Il a alors décidé de reprendre l'exploitation familiale avec un de ses oncles et de s'occuper de ses frères et ses soeurs. Il s'est donc occupé de tout et de tout le monde avec une trouille bleue qu'ils aient un accident. Il a poussé ses frères et soeurs à faire des études. Puis il se marie avec une artiste peintre et ils ont des enfants dont JSB. Là encore, il mène tout le monde d'une main de maître et veut que JB fasse des études alors que celui-ci voudrait au contraire être artiste comme sa mère. Le père et le fils n'ont quasiment aucun lien direct, tout passe par la mère. La prescription vise donc à instaurer un échange direct entre le père et le fils, échange de transmission et non d'interdiction ou d'autorité. Il va apprendre quelque chose de son père, avec ses compétences artistiques propres pour l'offrir à sa mère. La Systémique joue sur toutes les portes d'entrées du système.

Exemple 2 : Margaux. Patiente de 16 ans.

Elle traîne à la gare de Nantes, elle se prostitue, elle se drogue, etc. Elle est adressée à l'institution par ses parents après une AEMO. Elle est très violente. Le premier mois est très dense. Prescription : Margaux et sa soeur doivent prendre un bain ensemble avec les jouets de leur enfance. Maman doit venir les sortir du bain avec une serviette chaude et elles doivent ensuite aller faire un câlin à leur papa dans le salon en écoutant un vinyl du chanteur préféré de leur père. Pourquoi une telle scène ? Parce qu'il était ressorti des entretiens avec les différents membres de la famille que c'était le seul souvenir heureux de la famille. Après la sortie de Margaux, la famille part en Tunisie tous ensemble, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plus de dix ans. A quoi sert le symptôme dans cette histoire ? Les symptômes ont commencé quand elle avait 11 ans. En effet, elle avait vu sa mère dans les bras du meilleur ami de son père et elle l'a dit. Il est alors question d'un divorce et le couple parental se déchire. Elle décide alors de fuguer. Elle se rend compte que quand elle fuge ses parents sont attentifs à elle, qu'il n'est plus question de divorce et qu'ils ne se disputent plus. Quand elle rentre ou qu'elle va mieux, les disputes réapparaissent. Dès lors, son comportement a une fonction d'équilibre.

Mais on peut aussi s'interroger sur la fonction métaphorique du symptôme. Quelqu'un qui a des dettes chroniques, par exemple, de quelle dette ça parle? J'ai un ami psychiatre qui est perpétuellement en dette. Son père est décédé quand il a eu l'internat. Son père était criblé de dettes à la mairie, dans les banques, dans les organismes de prêts et il était très loyal à son père. Il faut toujours élargir, ne pas se centrer sur la relation malade / médecin ou malade / travailleur social. J'ai

beaucoup aimé ce qu'a dit Mireille Artus sur le fait que nous sommes tous des « artisans de la relation et que nous avons tous le même outil : « la parole ». Bien sûr qu'on peut parler de la folie. Mais la question c'est: comment ? Il faut le faire naturellement, simplement et surtout il faut se décentrer. Il y avait une publicité anglaise, il y a quelques années, où on voyait, dans un premier temps, une vieille dame sortir de la banque avec de l'argent et en arrière plan un jeune homme lui courir après; on croit alors à une agression. Dans la séquence suivante, qui est plus large, on voit un pot de peinture qui est train de tomber sur la vieille dame; le jeune homme qui court ne veut pas l'agresser mais la sauver. Enfin, dans une dernière séquence, filmée d'encore plus loin, on s'aperçoit qu'il s'agit en réalité du tournage d'un film. La meilleure façon de parler de leur folie aux gens c'est d'élargir le système, d'aller chercher ailleurs. Je disais que j'aimais beaucoup l'expression de Mireille Artus « artisans de la relation »; En revanche, je ne pense pas du tout que notre outil commun soit la parole ou alors ça ne se réduit pas du tout à ça. C'est soi-même qu'il faut utiliser. On ne devient pas psy ou travailleur social par hasard. Chacun va voir des histoires différentes dans l'histoire du patient; ou plutôt, on va tous voir la même mais vue par un autre bout. Avant tout, il faut savoir s'utiliser soi-même avec ce qu'on est.

C'est ce qu'on appelle dans le modèle Systémique les résonances (et qui correspond plus ou moins à la notion de contre-transfert en psychanalyse). Il s'agit d'identifier ce qu'on ressent soi-même par rapport à cette personne et par rapport à soi-même. Puis, identifier pourquoi, je ressens ça. Il faut toujours se dire que quand ON PROTÈGE, ON N'AIDE PAS. Protéger, c'est faire à la place de... ce n'est pas aider. C'est à eux de faire, pas à nous. La question qu'il faut toujours se poser, c'est qu'est-ce qu'ils peuvent faire que je n'aurais pas à faire? Le concept de résonance se comprend à plusieurs niveaux: - qu'est-ce que je ressens ?

- qu'est-ce qui fait que je ressens ça ?

- à quoi ça sert que je ressente ça en ce moment?

- il faut utiliser ce que je ressens pour transformer l'équilibre du système, pour que ce ne soit pas une énième répétition avec un énième intervenant.

Exemple : Ma tante titine

J'ai un problème avec les gens qui geignent, qui se plaignent tout le temps; ça m'agace. La tante de mon père a passé son temps à envahir son entourage et à se plaindre. Il y a un adage des Mauges qui dit : « qui pignote vivote ». Ce qui signifie deux choses : on n'arrête jamais de se plaindre et on vit longtemps quand on passe son temps à se plaindre. Question : à quoi ça sert ? Cet agacement que je ressens, il sert à confirmer mes croyances et moi je renforce ses croyances à elle (ou à n'importe quel autre pignoteur). Il faut passer au-delà et essayer d'aller voir de quoi parle la souffrance. Obtenir des choses de la bonne ou des bonnes personnes. De la même manière, il ne faut pas s'arrêter à l'incohérence, il faut toujours élargir, ne pas rester dans la relation entre moi et lui, entre deux personnes précises dans un cadre formel.

DÉBAT avec la salle

question :

Quand on a une personne malade qui dénie en face de nous, que doit-on faire ?

Docteur Bardou :

Le déni est un concept psychanalytique. La systémie propose une autre interprétation : ce n'est pas le patient qui dénie, c'est moi qui ne me suis pas bien comporté. C'est la problématique de l'affiliation. Comment s'affilier avec la personne qui est en face de moi?

question :

Le vrai paranoïaque ? Qu'est-ce qu'on en fait ?

Docteur Bardou :

Ah, les paranoïaques !! nous sommes tous confrontés à une véritable difficulté d'établir une relation avec eux. Il y a deux catégories tout à fait distinctes dont il faut se méfier :

- le pervers qui prend du plaisir à utiliser l'autre,
- le paranoïaque qui se sent attaqué et qui attaque

Françoise Bernhardt :

Sans parler de déni, quand on rencontre un malade mental qui ne se sent pas malade et qui refuse d'être soigné, que doit-on ou que peut-on faire?

Docteur Bardou :

Il y en a partout. D'abord et avant tout, il faut s'affilier, il faut rejoindre l'autre dans sa carte du monde. D'abord, il faut créer un lien et ensuite il faut aller voir autour, convoquer le réseau du malade: aller voir le médecin traitant, demander qui d'autres est au courant du fait que vous entendez des voix, est-ce qu'on peut appeler cette personne ? Vous n'êtes pas des sauveurs, pas plus que nous.

question :

Comment fait-on avec quelqu'un qui est en procédure contre son médecin, ses parents, sa copropriété, surtout quand la seule chose à laquelle on pense pendant tout l'entretien c'est d'en sortir vivant ?

Docteur Bardou :

c'est une question très juste qui se pose exactement en ces termes avec les paranoïaques. Dans ce cas là, il faut convoquer votre réseau à vous, travailler avec votre service, avec des collègues, etc. il faut partir des contraintes mutuelles de chacun. De toute façon, il ne faut pas rester seul avec des paranoïaques.

question.:

A rejoindre l'autre dans sa sphère, est-ce qu'on ne risque pas d'usurper notre fonction et de faire plus de mal que de bien ?

Docteur Bardou :

Il y a beaucoup de choses dans cette question :

- le risque de faire plus de mal que de bien : dans ces familles, on se viole, on se frappe, on s'insulte. Ils se font entre eux beaucoup plus de mal que vous ne pourrez jamais leur en faire.

- le risque d'usurper sa fonction : tout dépend comment on conçoit sa tâche. Je suis persuadé que c'est une façon différente de voir les choses. Nous ne sommes pas des professionnels de la souffrance, de l'empathie et de l'écoute; on ne les aide pas en faisant cela. Il faut utiliser leur compétence et celle des autres. Il est beaucoup plus pertinent qu'ils règlent leur problème entre eux plutôt qu'avec un travailleur social.

- En ce qui concerne l'affiliation : il faut essayer de percevoir leur carte du monde et donc il ne faut plus s'embêter avec les diagnostics. Il faut, en revanche, savoir dire stop quand ça devient trop du délire.

question :

Quand une personne est violente ou agressive dans l'entretien, comment faire ? Est-ce qu'il faut l'envoyer à un collègue, arrêter l'entretien ?

Docteur Bardou :

Il ne faut jamais déléguer quand dans un entretien il y a un niveau d'intensité comme ça. Votre collègue ne sera pas capable de le prendre et vous ne serez pas capable de prendre le client suivant. Ce sont des problèmes à régler soi-même et sur le moment.

Ne vous oubliez pas dans la relation.

Merci à notre rapporteur, Paul pour sa prise de notes et à Françoise BERNHARDT pour son animation du débat avec la salle.