

ÊTRE EN CRISE ET AVOIR UN TÉLÉPHONE. ENJEUX ET MODALITÉS PSYCHIATRIQUES

[Paul Béraud](#), [Benoit Chalancon](#), [Caroline Pénét](#), [Aurélié Vittoz](#), [Herminie Leca](#)

Érès | « [Connexions](#) »

2021/1 n° 115 | pages 97 à 108

ISSN 0337-3126

ISBN 9782749270609

DOI 10.3917/cnx.115.0097

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-connexions-2021-1-page-97.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Paul Béraud, Benoit Chalancon,
Caroline Pénet, Aurélie Vittoz,
Herminie Leca¹

Être en crise et avoir un téléphone. Enjeux et modalités psychiatriques

*« L'urgence est une sorte de court-circuit du temps
dont le téléphone, parce qu'il est court-circuit de l'espace,
est souvent le support. »*
Denis Vasse (1977)

La crise sanitaire actuelle impacte fortement le fonctionnement habituel des institutions en France et dans nombre de pays. 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.

1. Ont également participé à la réflexion et à la rédaction de cet article l'ensemble de l'équipe de la plateforme LIVE (mars à juin 2020) du Centre hospitalier du Vinatier : Maëlle Bernadat (cadre de santé) ; Maëva Courtial, Emmanuelle Dancert, Héloïse Debombourg, Emilie Revol (assistantes sociales) ; Marie Dupuis, Aurélie Garcia, Sylvie Liguori (infirmières) ; Lise Candiago (psychologue), Dr Eve Bécache (psychiatre).

Paul Béraud, psychologue, doctorant en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC - EA 653), co-directeur du laboratoire junior LJPPC, université Lumière Lyon 2 ; CH Le Vinatier ; beraudpa@wanadoo.fr

Benoit Chalancon, infirmier de recherche clinique, centre de prévention du suicide, CH le Vinatier ; Benoit.CHALANCON@ch-le-vinatier.fr

Caroline Pénet, psychologue clinicienne, CH le Vinatier ; Caroline.PENET@ch-le-vinatier.fr

Aurélie Vittoz, psychologue clinicienne, CH le Vinatier ; Aurelie.VITTOZ@ch-le-vinatier.fr

Herminie Leca, psychologue, Docteur en psychopathologie et psychologie clinique, chercheur associé CRPPC - EA 653), Université Lumière Lyon 2 ; CH le Vinatier ; Herminie.LECA@ch-le-vinatier.fr

CONNEXIONS 115/2021-1

Dans une situation de crise sanitaire, comment un hôpital psychiatrique propose-t-il de répondre à l'urgence et par l'urgence, aux besoins de la population ? Avec la mise en place d'un dispositif d'écoute téléphonique d'évaluation et d'orientation, quelles sont les nouvelles contraintes de travail clinique imposées par ce type de dispositif et quelles modifications entraîne-t-il au plan des pratiques professionnelles ?

À partir des enjeux du cadre d'intervention, nous présenterons le fonctionnement de cette ligne d'écoute hospitalière, et l'illustrerons par deux situations cliniques permettant une analyse de certaines spécificités : le trinôme des écoutants (infirmier, assistante sociale, psychologue), l'injonction à répondre et la proximité distante créée par le virtuel du téléphone.

Un téléphone qui sonne exige une personne pour répondre

Les enjeux institutionnels d'un dispositif de crise créé dans l'urgence se répercutent à différents niveaux, et nous nous proposons de les analyser au regard des réaménagements exigés par la clinique contemporaine confrontée à un événement sans précédent. « L'actuelle pandémie de la Covid-19 représente "l'événement" par excellence, dont Ricœur disait qu'il faut le "respecter", lui et "sa puissance d'ébranlement infinie"². Le respecter, c'est-à-dire ne pas le rabattre d'emblée sur les systèmes explicatifs qui nous conviennent ; accepter que sa signification soit ouverte, encore à construire³ ».

De nombreuses propositions autour de l'entretien à distance se créent dans le monde⁴ et impactent les pratiques hospitalières. Nous proposons d'ouvrir une réflexion à partir de notre expérience liée à une réponse institutionnelle : la création d'une plateforme téléphonique dénommée « LIVE » (Ligne Information Vinatier Écoute⁵). Ce dispositif vient parapher cette réorganisation de l'hôpital psychiatrique en proposant un outil à destination des usagers, des aidants et des professionnels, avec des missions d'information, d'orientation et d'écoute. Ouverte 7j/7 de 8h à 20h, elle est constituée d'une pluralité professionnelle pouvant répondre à de nombreuses situations.

2. P. Ricœur, « Le paradoxe politique », *Esprit*, mai 1957, repris dans *Histoire et vérité*, Paris, Le Seuil, 2001.

3. A. Dujin, « Le virus dans la cité. Introduction », *Esprit*, 2020/5, p. 38.

4. « We can use more platforms and cross state lines to deliver care, which are important changes that help us reach as many patients as possible. We are collectively experiencing a stressor that affects segments of the population in different ways. There will be durable changes to the practice of psychiatry in terms of how it is implemented and what we learn from the management of disorders in this trying time. We also are concerned for our colleagues on the front lines, who are working in the inpatients units, consult liaison services, and emergency departments. We also understand that some of our colleagues are having to widen their scope of practice in this extraordinarily difficult time as the health care systems become increasingly overloaded. » E. Bojdani et coll., « COVID-19 Pandemic: impact on psychiatric care in the United States », *Psychiatry Res.*, 289, 2020, p. 13.

5. Centre Hospitalier le Vinatier, Bron.

L'injonction à répondre est inhérente à nos pratiques de soignants. Une demande nous est adressée : aide, soutien, écoute, conseil... et nous créons une réponse ajustée au plus près de ce que nous avons compris de la demande formulée ou implicite. La clinique par téléphone exige une réponse non programmée, il s'agit de décrocher quand ça sonne, pas de rendez-vous, pas de pause établie, une ouverture en continu, une infinité de possibles à chaque fois que nous décrochons. Associer à la clinique de la crise sous toutes ses formes, cette injonction convoque le professionnel dans une exigence à répondre et mobilise immédiatement une proximité exacerbée par la voix comme unique canal d'expression.

Comment définir cette forme de pratique clinique ? Dans *La clinique au bout du fil* (2012), A. Capobianco et J. Gonzalez proposent des points communs à toutes les pratiques autour des formes de soutien psychologique par téléphone. Il s'agit d'exploiter les possibilités offertes par un simple appel : que ce soit dans un but d'information plus ou moins préventive, de soutien ou encore d'aide directe au bénéfice de personnes en difficulté ou de leurs proches. Elles mettent en valeur les qualités de l'écoute, la position de conseil, l'orientation, le signalement, l'accompagnement vers une rencontre et des propositions d'aide.

Cette rencontre de deux voix, marquée par le virtuel, semble favoriser l'expression d'émotions intenses, notamment par la possibilité d'appeler au moment de la « crise ». Cette notion de crise est définie par S. Larose et M. Fondaire (2007) comme un déséquilibre : « Au cœur de l'expérience de la crise, l'individu éprouve une réelle détresse émotionnelle et un état important de déséquilibre psychique et social. La vulnérabilité de la personne réduit ses capacités d'affronter adéquatement les difficultés éprouvées, et la personne ressent cet échec comme étant un stressleur additionnel qui accroît sa détresse⁶. »

À cette définition générale, nous pouvons apporter des nuances avec la crise psychiatrique et la crise suicidaire auxquelles nous avons été le plus confrontés. La crise suicidaire est un processus psychique au cours duquel le suicide va progressivement s'imposer comme une solution à la souffrance que le sujet traverse (Séguin, 1999, 2001). La crise psychiatrique, quant à elle, peut être entendue comme la rupture d'un équilibre dépassant les capacités d'adaptation de la personne et la manifestation de symptômes psychopathologiques.

À cela s'ajoute le contexte particulier qu'a constitué la crise covid. Cette situation de crise sanitaire ne constitue pas en elle-même un traumatisme au sens d'un processus psychique d'effraction et de débordement du psychisme. Il a toutefois pu être observé des vécus traumatiques en lien avec la Covid-19⁷.

6. S. Larose, M. Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise*, Québecor, 2007, p. 20-21.

7. Ces constats ont été repris par la Société européenne d'études du stress post-traumatique qui a listé les facteurs de stress : changement soudain de style de vie ; incertitude envers l'avenir ; dégradation des conditions de vie ; baisse des contacts sociaux ; quarantaine imposée ; stigmatisation ; discrimination et fragmentation des communautés ; perte de proches ; privation des

En revanche, nous avons pu constater que le confinement majeure des symptômes anxieux, dépressifs, réactionnels à la situation. Le confinement peut mettre en relief, exacerber, révéler, des symptômes qui nécessitent d'évaluer la préexistence d'un vécu d'épuisement préalable au confinement, et/ou d'un vécu traumatique qui se réactive dans cette situation d'enfermement. Ainsi, la personne se retrouve désemparée et sans possibilité de mobiliser ses ressources internes habituelles.

Isolement et carence relationnelle

Le confinement a entraîné chacun dans une expérience de déprivation sensorielle particulière, l'abaissement de stimulation de nos sens, parfois appelée aussi désafférentation, qui a été aussi décrite en termes de carence afférentielle et de 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, et ils appellent, submergés par des stimulations introceptives intenses, comme si la vie interne débordait, et des vagues de souvenirs, de sensations intérieures inconnues, font 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-sensorielle⁸ », commente P.-C. Racamier (*ibid.*) en analysant les résultats d'expériences de désafférentation. Les modalités défensives qui se mettent en place dépendent des organisations psychiques et de la durée et de la forme d'isolement.

Ce qui ressort des expériences citées par Racamier est la capacité à être en lien avec une vie intérieure, sans crainte d'être confronté à soi-même. Il décrit une activité mentale se mettant en place avec des énumérations, des souvenirs, des inventaires, et dont la forme la plus élaborée serait celle du journal de bord. Dans les appels reçus, il est souvent question de l'activité, de la lutte contre l'ennui, et les réponses proposées sont souvent en lien avec ce besoin de faire en proposant des plannings de journées, des rythmes, des activités concrètes de sorties, courses, coloriages, dessins... Il faut remplir le temps et surtout l'organiser, chez des personnes dépendantes et avec un suivi thérapeutique mais aussi chez d'autres habitués au rythme professionnel.

rituels funéraires ; peur de la contagion traumatique (J. Darejan Javakhishvili et coll, « Trauma-informed responses in addressing public mental health consequences of the COVID-19 pandemic : position paper of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) », *European Journal of Psycho traumatology*, 11:1, 2020, p. 2).

8. P.-C. Racamier, « Le Moi privé des sens » (1963), dans *De psychanalyse en psychiatrie – Études psychopathologique*, Paris, Payot, 1979, p. 108.

« Confronté à un virus hautement contagieux, il s'agit de mettre à l'abri le lieu très visible où l'ennemi invisible se loge, c'est-à-dire le corps. C'est mon corps et celui de mes proches que j'entends préserver. Mais pour cela il me faut des protections que seule la société peut m'offrir. Que l'autre croisé dans la rue ne respecte pas les gestes barrières ou que le gouvernement s'avère incapable de fournir les digues censées me protéger, c'est tout un : en une seconde, le monde extérieur se révèle mon ennemi intime⁹ » (Fœssel, Riquier, 2020). Il s'agit d'un questionnement sur les capacités à faire face à l'isolement, et les sujets disposant d'une liberté d'accès à leur monde intérieur transforment l'expérience d'isolement en temps de créativité et d'enrichissement intérieur (Miller, 1962).

En revanche, le sujet dont les défenses obsessionnelles servent à lutter contre ce qui pourrait se passer à l'intérieur de lui-même, devient extrêmement vulnérable. C. Miller observe, chez des personnes obsessionnelles, une régression psychotique en l'absence d'appui du monde extérieur. Cette observation a été plusieurs fois confirmée lors d'appels de détresse de sujets envahis par des pensées, dont les rituels obsessionnels ne pouvaient plus exercer leur fonction protectrice. Cette défaillance des enveloppes psychiques est évidemment accentuée par le risque de la contagion liée au virus qui circule et s'infiltre par tous les interstices tant somatiques que psychiques. Ainsi, de nombreuses réponses ont été tournées vers des approches psychocorporelles diverses et portées par les formations des écoutants.

Dans le contexte de la crise covid, plusieurs services sont rapidement saturés d'appels téléphoniques entravant le fonctionnement habituel des unités. Face à ce constat, l'établissement où nous exerçons, a décidé de mettre en place rapidement un dispositif de plateforme téléphonique d'accueil et d'orientation. Basée sur l'avancée des travaux effectués par un groupe de travail préalablement existant, la plateforme LIVE se place comme une structure transversale de première ligne, en appui sur le projet médical d'établissement.

Une équipe en trinôme, un numéro unique et de multiples réponses

Implanté au sein d'un centre hospitalier, le dispositif étudié est d'emblée situé dans le métacadre hospitalier de psychiatrie publique. La ligne porte le nom de l'établissement évitant toute confusion avec une ligne d'écoute de type anonyme. L'ensemble des membres de l'équipe est mobilisé par le directeur de l'établissement dans le cadre du plan blanc¹⁰, ce qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens nécessaires pour faire face à la crise.

9. M. Fœssel, C. Riquier, « Déraison de guérir », *Esprit*, 2020/5, p. 46.

10. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_l_etablissement_de_sante_en_tension.pdf, p. 38-48.

Son objectif principal est d'offrir aux usagers, aux aidants et aux professionnels du territoire une ligne téléphonique d'information sur la santé mentale, une orientation dans l'offre de soins en santé mentale qui est massivement réorganisée, et une écoute professionnelle venant proposer une disponibilité soignante élargie durant la crise.

Cette ouverture n'est possible qu'au moyen d'un cadre externe commun à l'équipe : une équipe pluriprofessionnelle qui est présente de 8h à 20h, 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.

Le parcours de chacun, son domaine d'activité 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 sont complétées par des compétences particulières en pédopsychiatrie, en prévention du suicide, en évaluation du stress, en prise en charge des patients présentant une problématique addictive...

Ce qui vient modifier nos interventions est la spécificité de la rencontre par téléphone. D'ailleurs est-ce une rencontre ? Il semble que la réponse soit affirmative au vu de la mobilisation, parfois massive, des enjeux relationnels que suscitent les appels. Nous développerons cette question au fil de notre réflexion.

À la création du dispositif, 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 initié en temps de crise. Elle est renforcée par une équipe médicale fonctionnant sur le principe d'astreintes téléphoniques, qui peut être sollicitée pour un avis psychiatrique. Un praticien hospitalier viendra compléter l'équipe. Les professionnels qui composent cette équipe pluridisciplinaire, issus de champs d'exercices 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).

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 identifiées et prises en compte dans l'élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé.

L'orientation vers les soins médico-psychologiques s'organise vers des lieux déjà connus, ou non, par la personne, en respectant les logiques de la sectorisation selon la loi HPST¹¹. Une attention toute particulière est également donnée à la transmission des informations aux équipes cibles. Pour les usagers des services de soins, l'utilisation du dossier

11. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>

patient informatisé existant est indispensable afin de maintenir la continuité des soins engagés et un lien avec les équipes traitantes. 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.

La permanence en quasi continu du LIVE ensuite 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. La crainte du recours aux soins en psychiatrie s'en trouve, de fait, allégée. Les représentations véhiculées par la société d'un hôpital asilaire, synonyme de lieu d'enfermement, tendent à disparaître au profit d'un lien empathique, profondément humain et personnalisé. L'hyper-disponibilité de l'équipe et l'immédiateté de la réponse des professionnels exerçant sur cette plateforme participent ainsi à la possibilité de saisir et de ne pas lâcher le patient au bout du fil afin d'éviter qu'il ne raccroche au risque de perdre tout contact avec lui.

Temporalité suspendue et désafférentation sensorielle : une passerelle vers les soins

À la solitude du confinement, s'ajoutent 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). La rencontre corporelle est absente, la distance physique disparaît, celle que nous nous efforçons d'instaurer habituellement, dans un bureau ou hors d'un bureau, dans un groupe ou en individuel, différente aussi avec un adulte, un enfant, un adolescent.

« Le téléphone ne tient pas compte des limites : ni de celles de l'espace, ni de celles du temps, ni de celles du corps par conséquent¹² » (*ibid.*).

La période du confinement a pu brouiller les repères temporels, généralement organisés par le travail, les rendez-vous médicaux, la rencontre avec les amis, la famille, les courses..., orchestrant, pour certains, un quotidien bien rodé. Or, les repères usuels se sont dissous, avec la désertification des espaces communs (rues, parcs...), le bruit des oiseaux a remplacé celui de la ville, générant, chez certains, un plaisir nouveau, et chez d'autres, la montée d'une angoisse inconnue. S'adapter à un nouvel environnement vient convoquer des capacités à repenser, réinventer et organiser différemment son quotidien.

12. Pages non numérotées, article accessible uniquement en ligne <https://www.denis-vasse.com/linconscient-et-le-telephone/>

Monsieur C. appelle la plateforme suite à la montée d'angoisse qui se manifeste depuis le début du confinement. Il vit seul. Il a perdu l'appétit et le sommeil, ne sait plus quel jour on est, il dit « se sentir perdu ». Une peur panique l'étrangle à l'idée de sortir, de contracter le virus et/ou de l'avoir déjà. Néanmoins, il perçoit le caractère disproportionné de ses réactions mais ne parvient pas à se raisonner.

Au son de sa voix, la psychologue¹³ perçoit l'intensité de son angoisse. Son souffle est saccadé, son discours se ponctue par des pauses. Puis, il reprend une grande respiration pour achever son propos.

Monsieur C. est actuellement en arrêt de travail. Il explique qu'il a subi une agression physique violente dans le cadre de son emploi. À l'évocation de ces éléments, sa respiration s'accélère, il déglutit, puis sa voix se brise dans un sanglot, point de rupture que l'écoutante accueille. Il parvient à gérer son émotion, tout en s'excusant de « s'être laissé aller ».

La psychologue propose d'explorer avec lui ce qui semblait le soutenir avant le confinement, les personnes-ressources (famille, amis...), afin qu'elle puisse se représenter, mettre en images, la façon dont il vivait. Ainsi, les représentations « d'un avant » se réactivent chez Monsieur C. et la pensée se met à circuler, liant cet avant avec le présent. Il évoque alors des entretiens réguliers avec un psychologue dans le cadre d'une unité, gérant le psycho-traumatisme. Il indique que ces rencontres, qui le soutenaient, se sont interrompues du fait du confinement. À la question de la reprise de contact avec son psychologue, il dit ignorer si cela est possible.

La psychologue lui soumet l'idée de pouvoir rappeler l'unité dans laquelle il est accueilli, et de demander un rendez-vous téléphonique avec ce psychologue. Elle lui propose également de renforcer sa demande en envoyant un mail à ce professionnel, ce qu'il accepte volontiers.

L'angoisse rattachée au traumatisme précédent s'est réveillée avec son cortège de violences et de souffrances, à l'occasion d'une situation particulièrement anxiogène, où tout contact avec l'extérieur est devenu dangereux.

Les questions autour du quotidien ont convoqué les repères internes de cet usager, lui ont offert la possibilité d'apprivoiser une réalité nouvelle, tout en renforçant sa capacité à faire face à l'inconnu.

Le psychologue de Monsieur C. rappellera quelques jours plus tard, afin de nous communiquer que le suivi a pu se réamorcer rapidement en téléconsultation.

Ce cas clinique soulève la question du traitement de la solitude dans une ligne téléphonique. La solitude de l'appelant est accentuée par la période de confinement national. Une des premières études sur l'impact psychologique du confinement¹⁴ conclut sur une augmentation de l'anxiété, des signes dépressifs, de la consommation d'alcool et d'un vécu

13. Caroline Pénet, psychologue clinicienne.

14. M.Z. Ahmed et coll., « Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems », *Asian J Psychiatr.*, 2020, 51, 102092.

de mal-être global en lien avec cet isolement qui est partagé par tous, et qui nous contraint à des règles sociales inhabituelles, se répercutant, pour chacun, dans sa vie professionnelle et personnelle. Nos identités sont malmenées et nous confrontent, quelles que soient nos situations de vie, célibataire, en couple, en rupture, en cours de changement de lieu de vie..., à renoncer à des libertés pour suivre des règles restrictives.

Nouer un lien : entre tentation individuelle et construction groupale

Parmi les effets du cadre par téléphone, nous avons fait l'expérience de la parole déliée, avec des récits de vie partagés donnant l'impression d'être immédiatement dans une relation transférentielle déjà installée. Cet effet de la parole libre est régulièrement décrit : « Au téléphone, il est plus facile de parler de soi, d'évoquer les sujets les plus intimes, de se laisser aller à des confidences mais aussi de questionner avec insistance, avec moins de gêne et de pudeur. Les questionnements à propos des difficultés relationnelles, du mal-être sont évoqués librement, sans honte. Les appelants "osent"¹⁵ » (Cadéac, Lauru, 2007). Ils osent parfois exprimer leur tension interne par de l'agressivité comme un préalable à un échange.

Les récits de vie sont empreints d'éléments qui n'ont parfois pas pu être déposés auprès de thérapeutes habituels, et qui incitent à une vigilance particulière sans être tenté de « trop écouter » ou de « trop en dire ». L'équilibre entre « par excès » et « par défaut » est très présent dans les problématiques narcissiques-identitaires qui plongent l'écouter dans une position d'emblée idéalisée. La voix de l'écouter devient une borne d'arrimage, surtout quand elle a été entendue dans une situation de crise intense ; il n'est pas rare que certains appelants demandent à parler au même professionnel lorsqu'ils rappellent.

Cet effet de la voix a été analysé par D. Vasse (2017) qui propose un premier constat sur la tentation de la transgression : « Ce qui transgresse la limite, c'est ce qui n'obéit pas à la loi. À y bien réfléchir, en effet, le téléphone (et son objet, la voix) nous entraîne, peut nous entraîner à ne tenir aucun compte de la limite ; il nous met en position de transgresseurs. »

La voix à l'autre bout du fil devient celle qui tisse les fils associatifs, sans risque de rétorsion ni de proximité physique, comme une voix presque intérieure, familière. L'écoute du souffle, des modulations de la respiration, étoffe les modalités associatives autour du langage sensori-moteur essentiel pour être avec celui qui appelle. Une clinique du bout du fil qui permet enfin de formuler une souffrance du bout

15. B. Cadéac, D. Lauru, « L'entretien clinique au téléphone » *Le Carnet PSY*, n° 121 (8), 2007, p. 23.

des lèvres. Comme évoqué, l'angoisse est l'un des motifs principaux d'appels¹⁶.

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 début mai 2020, date du 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 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, donc représenté et représentable.

La psychologue 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. À 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.

Il a été suivi au centre médico-psychologique (CMP) de secteur quelques années auparavant et il fait mention d'antécédents de dépression. Il évoque ne pas pouvoir parler de ses angoisses avec son médecin traitant, qu'il connaît depuis peu. Son médecin l'aurait elle-même orienté vers un psychiatre pour un avis spécialisé.

L'évaluation clinique de cet appel met en avant la nécessité d'accompagner ce patient vers une reprise du soin psychique. Nous avons alors pris contact dans ce sens avec le CMP de secteur de Monsieur Z. La demande sera transmise lors d'une réunion d'orientation prévue prochainement. Dans l'attente de l'évaluation de cette demande, nous avons également contacté l'équipe mobile pouvant intervenir préalablement au rendez-vous. Une infirmière de cette équipe appellera Monsieur Z. dès le lendemain.

Nous avons donc transmis la fiche de recueil élaborée sur la plateforme à ces deux équipes.

Après rappel pour lui confirmer cette orientation, Monsieur Z. réussit alors à évoquer sa souffrance qu'il contient depuis de nombreuses semaines. Il se sent ainsi entendu dans sa demande d'aide.

Nous avons eu la confirmation de la prise en charge de ce patient par le CMP et par l'équipe mobile en attendant la mise en place du suivi.

16. Aurélie Vittoz, psychologue clinicienne.

Sa souffrance confinée, Monsieur Z. l'a rendue 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 contenante, traductrice de l'indicible, a rendu légitime une confiance dans le soin clinique et a renforcé la possibilité d'un nouvel accrochage vers les dispositifs de soin.

Pour conclure : un fil à suivre

Après les trois premiers mois d'ouverture de la ligne LIVE plus de 1 500 appels avaient été recensés. Au-delà d'un chiffre, c'est tout un réseau de soins qui a travaillé de concert pour limiter l'impact du confinement sur les personnes, l'accès aux soins et leurs suivis.

La permanence d'une ligne assurée par des professionnels de santé mentale a offert une ouverture vers le soin psychique, ouverture facilitée et personnalisée.

Face à ces premiers constats, le dispositif se poursuit¹⁷ et l'évaluation des actions mises en place nécessite de continuer une analyse de nos pratiques. Le suivi à court terme des appels ainsi que les synthèses organisées avec les équipes de secteur sont des outils essentiels à la pérennisation du dispositif, dont les enjeux, soulevés tout au long de cet article, ont permis de préciser le cadre particulier de cette pratique et les spécificités de la clinique « au bout du fil ». Cette forme particulière du « prendre soin » impose des réaménagements des dispositifs thérapeutiques habituels en lien avec l'émergence de cliniques psychopathologiques contemporaines, qui doivent être repensées, tel que le propose F. Brugère et G. Le Blanc¹⁸ : « Il n'y a pas de lignes distinctes, il existe en revanche un millefeuille de la vulnérabilité qui n'est autre que le corps social tout entier ressaisi à partir de la variété multiforme des façons de "prendre soin" qui la rend viable, soutenable et précieuse¹⁹. »

Bibliographie

- AHMED, M.Z. ; AHMED, O. ; AIBAO, Z. ; HANBIN, S. ; SIYU, L. ; AHMAD, A. 2020. « Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems », *Asian J Psychiatr.*, 51 : 102092.
- ANZIEU D. 1982. « L'échange respiratoire comme processus psychique primaire. À propos d'une psychothérapie d'un symptôme asthmatique », *Psychothérapies*, n° 1, p. 3-8.

17. Le dispositif LIVE perdure joignable au 08 05 05 05 69.

18. F. Brugère, G. le Blanc, « Le lieu du soin », *Esprit*, 2020/5, p. 81.

19. Voir S. Guérin, V. Suissa, « Coronavirus : « La crise met en exergue la fragilité structurelle du système médico-social » », *Le Monde*, 4 avril 2020. Voir aussi S. Guérin, *De l'État providence à l'État accompagnant*, Paris, Michalon, 2010.

- BOJDANI, E. ; RAJAGOPALAN, A. ; CHEN, A. ; GEARIN, P. ; OLCOTT, W. 2020. « COVID-19 Pandemic: impact on psychiatric care in the United States », *Psychiatry Res.* 289. doi : 10.1016/j.ajp.2020.102092
- CADÉAC, B. ; LAURU, D. 2007. « L'entretien clinique au téléphone » *Le Carnet PSY*, n° 121 (8), p. 22-24. doi : 10.3917/lcp.121.0022.
- CAPOBIANCO, A. ; GONZALEZ, J. 2012. *La clinique du bout du fil. L'aide psychologique par téléphone en question*, Puf. doi : 10.3917/puf.capo.2012.01.
- BRUGÈRE, F. ; LE BLANC, G. 2020. « Le lieu du soin », *Esprit*, mai (5), p. 77-85. doi : 10.3917/espri.2005.0077.
- DAREJAN JAVAKHISHVILI, J. ; ARDINO, V. ; BRAGESJÖ, M. ; KAZLAUSKAS, E. ; OLFF, M. ; SCHÄFER, I. 2020. « Trauma-informed responses in addressing public mental health consequences of the COVID-19 pandemic : position paper of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) », *European Journal of Psychotraumatology*. 11:1,1780782,DOI: 10.1080/20008198.2020.1780782
- DUJIN, A. 2020. « Le virus dans la cité : Introduction », *Esprit*, 2020/5, p. 37-41. doi : 10.3917/espri.2005.0037.
- FÆSSEL, M. ; RIQUIER, C. 2020. « Dérison de guérir », *Esprit*, mai (5), p. 43-53. doi : 10.3917/espri.2005.0043.
- LAROSE, S. ; FONDAIRE, M. 2007. *Détresse psychologique en situation de crise*, Québecor.
- MILLER, S.C. 1962. « Ego-autonomy in sensory deprivation, isolation, and stress », *Int J Psychoanal.* 43, p. 1-20.
- RACAMIER P.-C. 1963. « Le Moi privé des sens », dans *De psychanalyse en psychiatrie – Études psychopathologique*, Paris, Payot, 1979, p. 104-130.
- RICŒUR, P. 1957. « Le paradoxe politique », *Esprit*, repris dans *Histoire et vérité*, Paris, Le Seuil, 2001.
- SÉGUIN, M. ; HUON, P. 1999. *Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir*, Éditions Logiques.
- SÉGUIN, M. 2001. « Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ? Place de la prise en charge psychologique », dans *Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*, Fédération française de psychiatrie-John Libbey Eurotext, p. 234-262.
- VASSE, D. 1977. « L'inconscient et le téléphone », *SOS Amitié France*, n° 15. <https://www.denis-vasse.com/linconscient-et-le-telephone/>