

RHIZOME

BULLETTIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

#79
mars 2021



Les visages
de l'écoute

Écouter la souffrance et la colère... Répondre et répandre l'espoir

La souffrance, massive dans les dispositifs pour précaires, se manifeste aujourd'hui dans les organisations de travail, le monde agricole, la collectivité étudiante... C'est souvent la colère qui s'exprime, parfois de manière violente, sans que les professionnels, les décideurs ou l'entourage ne se sentent en capacité d'apporter de réponses à la hauteur des enjeux. La profusion des lignes d'écoute mises en place pendant la pandémie de la COVID-19 a relevé l'importance d'une réponse pouvant apparaître banale, celle de l'écoute.

L'art de l'écoute

Loin d'être l'apanage des psychothérapeutes, l'écoute est une activité ordinaire, mobilisée par nombre de professions qui l'envisagent comme une base à partir de laquelle il devient possible d'agir. Les écoutants nous apprennent qu'il ne s'agit pas seulement d'écouter l'autre, mais de montrer que l'on écoute et de rendre compte de ce que l'on a entendu. Acquiescer, questionner, reformuler sont autant de moyens de rendre visible cette activité et de reconnaître ou d'accorder une valeur à certains propos, tandis que d'autres sont invisibilisés. En cela, l'écoute transforme la demande, le problème, le propos, que ce bénéfice soit recherché et explicitement attendu (comme dans la psychothérapie) ou non. Pouvoir exprimer et être écouté dans sa souffrance permet déjà une forme de reconnaissance et valide, d'une certaine manière, la légitimité de souffrir. Ainsi, écouter n'est pas seulement un prérequis à l'action. Écouter, c'est déjà agir.

Écouter renvoie aussi à l'art de questionner et de « faire dire ». Pourtant, être dans une posture d'écoute n'implique pas uniquement le fait de savoir écouter des mots ou des paroles. Des comportements, des manifestations physiologiques, corporelles, artistiques sont autant de lieux que des moyens d'expression d'idées et des émotions qui leur sont associées. Cela implique alors pour les écoutants d'être aussi des observants et de porter

leur attention au-delà des mots. Si le fait d'observer a une importance dans l'activité d'écoute, cela souligne peut-être la limite des échanges distanciés (téléphoniques, virtuels) permettant certes de créer du lien entre des sujets, mais empêchant pour partie de percevoir les expressions qui nécessitent d'être vues.

Pour ceux qui écoutent, il semble également nécessaire d'apprendre à supporter l'écoute de la souffrance; tel est notamment l'un des rôles de la supervision. Ce qui est écouté rencontre en effet bien souvent le vécu et l'histoire de l'écoutant. Si, historiquement, les professionnels « à l'écoute » ont œuvré à éclairer ces points de rencontre afin de s'en distancier, remarquons que les pairs-aidants réduisent la frontière entre les expériences ainsi que les vécus des écoutants et des écoutés, et que ce rapprochement constitue précisément un élément crucial, thérapeutique même, pour ces derniers.

Être écouté

Le monde est le théâtre de nombreux mouvements sociaux, parfois réactionnaires ou révolutionnaires... Ils suscitent autant d'espoir pour les uns qu'ils ne soulèvent d'inquiétudes pour les autres. Ils témoignent généralement d'une fragmentation sociale, culturelle ou ethnique, dont aucune idéologie n'est aujourd'hui en mesure de donner une lecture positive. L'absence d'écoute mutuelle est souvent mise en avant pour expliquer l'exacerbation des tensions.

Être à l'écoute des revendications sociales engage une perspective audacieuse. « Libérer la parole » sur les violences, notamment sexuelles, permet de combattre des inégalités structurelles, mais surtout donne lieu à des solidarités bienfaitrices. Il apparaît alors d'autant plus important d'être à l'écoute des personnes dans leur singularité. C'est là tout l'enjeu de la possibilité de « se dire » dans des espaces où les expériences vécues, les doutes, les souffrances, mais aussi les fan-

tasmes et les désirs peuvent s'exprimer, et au sein desquels tout est entendable.

La possibilité de ne pas se conformer à un horizon d'attente, que l'on retrouve dans le témoignage ou dans le plaidoyer – fussent-ils « militants » – ne rend pas caduque pour autant l'idée du collectif. Le « dialogue ouvert » est aussi une manière de ne pas laisser les personnes seules, même quand elles sont en état de crise. Socialiser le trouble, c'est l'écouter, le prendre en compte. C'est une invitation à ne pas rester seul, notamment lorsqu'il existe des souffrances, des peurs ou des angoisses.

« Une touche d'espoir »

Même les militants les plus radicaux – ceux-là même qui auraient sans doute critiqué toute forme de psychologisation du monde social au xx^e siècle – en viennent à réclamer un soutien psychologique adapté pour les personnes affectées par la précarité. Psychologisation et politisation ne sont pas antinomiques quand il s'agit d'écouter la souffrance ou la colère. Il importe de rechercher des solutions individuelles ou collectives à partir d'une conception singulière ou commune des problèmes.

Les contributions de ce numéro sont autant de réflexions ou d'initiatives qui prennent pour objet des perspectives concrètes rendant centrales l'activité d'écoute.

C'est moins la magie du soin qui opère aujourd'hui que celle de l'espoir d'un monde meilleur. L'opportunité inédite d'agir sur le monde nécessite d'être à son écoute. À l'heure où les dispositifs d'évaluation, de coordination et d'orientation se multiplient sur le territoire français et peinent précisément à « orienter » les personnes vers des dispositifs de soin généralement saturés, une réflexion sur l'écoute, notamment en ce qu'elle peut se penser comme réponse « suffisante », apparaît primordiale. Prendre soin, c'est déjà écouter et vice-versa. ▶

Soutenir la santé mentale par l'écoute



Une écoute généraliste et inconditionnelle

Les lieux d'écoute se caractérisent par une ouverture et une accessibilité importante. L'écoute est dite « généraliste » : elle renvoie en pratique à un haut seuil de tolérance quant aux publics reçus et aux demandes qui peuvent y être formulées. Autrement dit, les lieux d'écoute sont ouverts à tous, sans condition. Ainsi, les personnes en proie à une ou plusieurs difficultés – qu'elles soient d'ordre psychique, familial, social, professionnel ou juridique – trouvent en ces lieux un espace pour les exprimer et déposer leur ressenti face aux conséquences et aux vécus qui leur sont associés. En complément des dispositifs spécialisés⁴, les lieux d'écoute généralistes présentent alors un avantage considérable pour nombre de personnes : d'abord pour celles qui ne savent pas comment caractériser leur difficulté, et qui ignorent donc de quel dispositif spécifique elles relèvent. Ensuite, pour celles dont les difficultés sont si plurielles et intriquées qu'il serait difficile, voire impossible – et probablement inefficace – de les séparer suffisamment pour que l'une d'entre elles soit entendue dans tel lieu et que telle autre le soit dans un lieu différent. Enfin, les dispositifs dédiés à une problématique spécifique ont l'inconvénient d'être parfois perçus comme stigmatisants, car ils renvoient les individus qui s'y rendent à une « catégorie de problème » dans laquelle ils ne se reconnaissent pas ou à laquelle ils ne souhaitent pas être assignés.

Écouter et coconstruire

Les données de l'enquête suggèrent que l'activité principale des écoutants renvoie à ce qui est décrit dans les théories de la pratique clinique sous le terme de « analyse de la demande⁵ ». Si cet exercice apparaît utile pour l'écoutant – qui, à partir de celle-ci, pourra formuler à sa manière et sur la base des outils disponibles ce qui s'apparente à une réponse –, nous observons comment l'analyse proposée semble avant tout être utile à l'écouté.

En pratique, l'analyse de la demande est permise à la fois par l'écoute en tant que telle, par l'espace dans lequel elle est réalisée, ainsi que par les marques d'intérêt plus ou moins directes de l'écoutant. Ce que la personne dit, exprime ou demande résulte à la fois (1) de ce qu'elle souhaite « réellement », (2) de ce qu'elle se représente comme étant attendu ou acceptable de dire ou de demander dans le cadre où elle se situe et (3) de ce sur quoi l'écoutant lui montre un intérêt (par des questions, des reformulations, des acquiescements, des regards). Ainsi, le discours – la demande et ce qui est écouté – émerge *in situ* dans une coconstruction issue de l'interaction entre les individus. Nous considérons qu'il ne s'agit donc pas tant pour l'écoutant – qui analyse – de découvrir la véritable demande de l'écouté, que de coconstruire

1 Observatoire national sur les questions de santé mentale, précarité et vulnérabilité, hébergé au sein du centre hospitalier Le Vinatier (69). Il édite notamment la revue *Rhizome*. www.orspere-samdarra.com

2 Cette étude concerne dix dispositifs situés sur les départements de l'Isère, de la Loire et du Rhône avec lesquels des entretiens qualitatifs ont été réalisés. Des personnes usagères des lieux d'écoute ont également été rencontrées afin de mieux comprendre la place que ces lieux ont pu avoir au cours de leurs parcours. Ce projet a abouti à un rapport rédigé à destination de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Gilliot, É. et Tremblay, V. (2020). *Lieux d'écoute. État des lieux en Auvergne-Rhône-Alpes*. Lyon : Orspere-Samdarra.

3 Dans la plupart des lieux, les écoutants sont des psychologues. À la marge, certains d'entre eux sont des bénévoles qui interviennent en lien avec des psychologues.

En 2018, l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes confie à l'Orspere-Samdarra¹ la réalisation d'un bilan des « lieux d'écoute » dont elle assure le cofinancement². L'enjeu de cette étude est notamment de mieux situer la place et le rôle de ces structures dans le champ des dispositifs de soutien à la santé mentale. En filigrane se pose également la question du sens du financement de ces lieux (situés hors de l'institution hospitalière et qui ne relèveraient pas, selon certains critères, de l'« offre de soins »), ainsi que de la place de cette écoute, de ses modalités et de son intérêt.

Qu'est-ce que l'écoute ? À qui se destine-t-elle ? Quelle place peut-elle prendre dans le champ de la santé mentale, particulièrement dans un contexte où la psychiatrie, notamment le secteur, tend à se centrer davantage sur l'accueil des personnes concernées par des troubles psychiatriques ?

L'enquête menée auprès des usagers et des écoutants (professionnels et bénévoles³) exerçant dans les lieux d'écoute concernés a permis de caractériser trois fonctions principales de ces dispositifs. Tout d'abord, grâce à un maillage important avec les autres acteurs du territoire, ils permettent d'orienter les personnes vers des dispositifs appropriés (de soin, de soutien social), afin de leur proposer un accompagnement global face aux situations qui leur sont problématiques. Ils participent ensuite à une déstigmatisation de la santé mentale, notamment en s'attachant à inscrire les espaces d'accueil dans des lieux investis également par des activités sociales et occupationnelles (tels que des maisons des habitants, des familles ou de quartier). Enfin, l'activité d'écoute proposée représente un soutien ponctuel. C'est sur ce dernier point que nous souhaitons centrer notre propos, en spécifiant notamment les apports identifiés par les personnes concernées.

4 Citons par exemple les centres experts, centres-ressources, centres de prévention suicide, etc.

5 Si ce n'est pas l'unique activité réalisée, l'aspect généraliste évoqué précédemment ainsi que les modalités de ces lieux – en moyenne, cinq séances maximum sont possibles – justifient la place importante de celle-ci.

6 Blanchet, A. (2015). *Dire et faire dire. L'entretien* (2^e éd.). Armand Colin.

7 Les dispositifs rencontrés ont permis de recevoir environ 3 000 personnes en 2019.

avec lui une formulation de celle-ci qui permette d'envisager une issue ou une réponse. Si la manière dont la coconstruction est menée par l'écouter dépend pour bonne partie de son référentiel théorique, nous pouvons observer quelques invariants dans ses effets.

Les invitations à dire (soutenues par le cadre et l'écoute) et à clarifier ou préciser les incompréhensions, les questionnements, les souffrances, les difficultés ou encore les souhaits, désirs et volontés (soutenues par les marqueurs d'intérêt) semblent permettre à la personne concernée de se construire et de se représenter, *a minima*, ce qui l'a conduit à solliciter une aide, une écoute, professionnelle ou extérieure. La représentation de ce qui est vécu comme une difficulté va permettre à certains individus de la circonscrire. Cela peut avoir pour effet bénéfique de rendre ce problème moins envahissant. Trouver, auprès de l'écouter, une manière de formuler sa souffrance ou ses difficultés conduit en effet à les situer plus précisément et à leur restaurer une place potentiellement plus ajustée, sans que celles-ci prennent le pas sur l'ensemble de ce que la personne est et vit.

Exprimer ses difficultés auprès d'un *Autre* qui écoute peut permettre à la personne de les contextualiser. Cela participe en effet à construire ou restaurer une forme de compréhension de ces difficultés, notamment de leurs origines. L'effort réalisé par l'écouter pour être compris de l'écouter est mis au service d'une fabrication de sens. (Ré)inscrire les difficultés dans leur contexte d'apparition et leur découvrir une ou des raisons d'être peut contribuer à les normaliser, à les rendre moins étranges voire à les accepter ou leur donner du sens. Si cela ne permet pas en soi de dépasser les souffrances, celles-ci peuvent laisser place à un ressenti plus supportable et moins épuisant pour le sujet, libérant alors potentiellement une énergie ou une disponibilité pouvant être, dès lors, mises au service du cheminement vers le mieux-être.

Verbaliser sa souffrance – soutenue par l'analyse de la demande ici décryptée dans ses effets – apparaît particulièrement utile pour ceux dont le ressenti initial d'angoisse, d'inquiétude ou de souffrance est diffus, labile, insaisissable et, en cela, bien souvent indicible. La formulation de cette souffrance, même si elle est balbutiante ou laborieuse, va alors permettre de rendre peu à peu ce vécu plus consistant, « palpable », donc *a fortiori* plus facilement partageable et pourquoi pas, là aussi, plus circonscrit, contextualisé et compréhensible.

Le temps consacré au « dire et faire dire⁶ » est considéré comme essentiel pour que celle-ci puisse s'exprimer de manière plus consciente, au sens de plus maîtrisée. Il n'est pas rare, en effet, d'envisager que dans ce cadre le corps prenne le relais pour exprimer somatiquement ce qui n'a pu se dire autrement.

Un lieu pour dire

Dans le cadre de ruminations anxieuses ou dépressives, par exemple, le temps accordé à l'écoute peut permettre l'expression, mais aussi l'apaisement d'un flot de paroles et de pensées qui semblent se répéter et se déverser

sans trouver d'issue. Dans ces situations, cela semble d'autant plus important d'avoir un lieu dédié pour dire que ce type d'expression de la souffrance est parfois difficilement supportable pour l'entourage. Les difficultés rencontrées par la personne peuvent générer un sentiment d'impuissance chez ses proches pouvant les conduire, à leur tour, à développer de la souffrance, s'exprimant parfois par des réactions de rejet envers elle, susceptibles d'ajouter à sa peine un sentiment d'isolement réel ou imaginé.

Enfin, la rencontre avec les usagers de ces lieux nous renseigne sur certaines des raisons qui les conduisent à s'y rendre. Ainsi, si certains ont pu relater qu'ils cher-

chaient à pouvoir s'exprimer auprès d'un professionnel (dans une recherche de connaissance, d'expertise ou d'anonymisation de ce qu'ils avaient à dire), d'autres ont exprimé uniquement la nécessité de « dire » à quelqu'un d'extérieur leur

situation (dans une volonté de [se] protéger ou de ne pas impacter leurs proches). Enfin, d'autres encore ont exprimé « simplement », mais fondamentalement, le fait de pouvoir se confier à quelqu'un; en effet l'isolement – et ainsi l'absence cruciale d'un entourage, d'un *Autre* à qui parler – est repéré par les professionnels des lieux d'écoute comme une problématique particulièrement présente parmi les usagers qu'ils rencontrent.

Les récents événements en lien avec la COVID-19 ont contribué à rendre plus visible l'isolement important vécu par une partie de la population, ses divers impacts (matériels, pratiques, mais surtout psychiques) et le besoin d'écoute ou d'attention qui y sont associés.

Ainsi, le caractère professionnel des écoutants, s'il constitue parfois la raison principale pour laquelle les personnes consultent le lieu d'écoute, n'est pas indispensable dans toutes les situations. Les modalités d'écoute hybrides (professionnelle et bénévole) proposées par certains lieux semblent appropriées pour permettre à chaque usager d'y trouver ce dont il a besoin. Nous avons d'ailleurs pu constater que la qualité de bénévole suscite chez certains écoutés un sentiment de gratitude, la personne étant perçue comme lui « offrant » de son temps.

Les lieux d'écoute sont donc des espaces dont les modalités spécifiques d'accueil et d'accompagnement constituent une véritable plus-value dans le champ de la santé mentale, notamment dans sa visée préventive. À la suite de cette enquête, nos observations nous invitent à penser qu'il existe aujourd'hui un enjeu à renforcer, voire à développer, ce type d'espaces. Ils permettent de proposer une réponse la plus immédiate qui soit, au plus près des problématiques des personnes, et de rendre possible l'accueil d'une souffrance psychosociale qui aujourd'hui ne trouve que peu de réponses dans l'institution hospitalière. Une écoute psychologique en dehors de l'hôpital, anonyme et gratuite, répond aujourd'hui à un véritable besoin⁷. Cette écoute, qui la plupart du temps se suffit d'elle-même, se doit aujourd'hui d'être intégrée à l'offre de soins, lisible et accessible, et c'est bien l'enjeu de sa reconnaissance et de son cofinancement par les instances sanitaires. ▶

LA QUALITÉ DE BÉNÉVOLE SUSCITE CHEZ CERTAINS ÉCOUTÉS UN SENTIMENT DE GRATITUDE, LA PERSONNE ÉTANT PERÇUE COMME LUI « OFFRANT » DE SON TEMPS

L'écoute dans les contextes cliniques : entre art et technique

« Écouter, c'est pourtant tout ce qu'il y a de mieux pour bien entendre¹. »

Préambule

Lors de mon premier stage étudiant auprès d'une psychologue, je lui demandais comment elle définissait cette fonction de l'écoute, ce à quoi elle répondit : « *Un psychologue fait de l'écoute et du lien.* » La première image qui me vint alors fut celle d'un téléphone avec son cordon... et je ne compris pas immédiatement la différence qui pouvait être faite entre cette définition et des dispositifs comme les lignes d'aide et d'écoute téléphonique (telle que SOS Amitié, par exemple).

L'écoute est peut-être le mot que nous employons le plus souvent tant pour décrire notre travail de psychologue que pour former nos étudiants. Et pourtant, il reste difficile à définir dans le cadre professionnel. Comment enseigner l'écoute dans la spécificité du métier de soignant ? Quelle position ou manière d'être peut marquer cette écoute auprès des patients ? Quelle différence peut-on faire entre écouter et entendre ? Notons que les verbes « écouter » et « ausculter » partagent la même étymologie. La première fonction de l'écoute peut donc, dans un cadre soignant, être comprise comme une recherche d'indices ou de signes qui permettent un diagnostic ou la mise en lumière de problématiques et de processus psychologiques. En tant qu'élément fondateur de toute relation clinique et thérapeutique, elle relève d'un art subtil qui consiste à se taire dans la présence intense à l'autre.

Les différents mouvements de l'écoute

Carl Rogers et le courant des thérapies humanistes ont placé l'écoute comme condition première de l'alliance thérapeutique. Les patients souffrent souvent

de ne pas oser dire, par peur de ne pas être entendus ou, pire encore, d'être crus. Ils effectuent une sorte de jugement de leurs pensées, les pensent ineptes ou indécentes. Or ce que le patient hésite à dire est d'une grande valeur clinique. L'écoute a pour objectif de faire advenir dans l'espace thérapeutique ou clinique des représentations, des émotions, des pensées, librement données. Rappelons que le premier principe du Code de déontologie des psychologues² est que ce professionnel « respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même ». Ainsi c'est par l'écoute que progressera pour le sujet l'idée qu'il peut dire et qu'il pourra surmonter ses éventuelles réticences. Parce que l'écoute a lieu dans un cadre contenant, elle autorise pour le sujet un partage rassurant de ce qui fait souffrance pour lui. « Il est étonnant de constater que des sentiments qui étaient parfaitement effrayants deviennent supportables dès que quelqu'un nous écoute. Il est stupéfiant de voir que des problèmes qui paraissent impossibles à résoudre deviennent solubles lorsque quelqu'un nous entend³. »

C'est aussi le sentiment d'être écouté qui permettra une confiance du patient vis-à-vis du clinicien et entraînera en retour une écoute de ses propos. « Celui qui sait écouter deviendra celui que l'on écoute⁴. »

Écouter, c'est d'abord accueillir la parole, mais accueillir la parole ne consiste pas non plus à laisser parler sans interrompre le sujet. L'écoute a pour première fonction d'organiser les contenus proposés dans l'objectif de construire leur sens. Ainsi, l'écoute, bien qu'elle se fasse dans le silence, est pourtant une forme de communication. Le partage du sens est la condition première de la bonne progression d'une interlocution. Pour le clinicien,

¹ Beaumarchais, P.-A. (1775). *Le Barbier de Séville* (p. 61). Paris : Presses-Pocket n° 6168.

² Repéré à : <http://www.codede-deontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>

³ Rogers, C. (1942/2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (traduit par J.-P. Zigliara). Paris : ESF Sciences humaines.

⁴ Jacq, C. (2004). *Les Maximes de Ptah-Hotep, l'enseignement d'un sage au temps des pyramides*. Lyon : Maison de vie.



5 Marivaux (de), P. (1736). *Le paysan parvenu*. Paris : Garnier-Flammarion.

6 Chiland, C. (1997). *L'entretien clinique* (p. 37). Paris : PUF.

7 Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire. L'entretien* (p. 42). Paris : Armand Colin.

L'écoute a ceci de paradoxal qu'elle engage deux mouvements apparemment opposés : une forme de passivité (laisser venir), mais aussi une forme d'activité, car il lui revient d'écouter pour comprendre et répondre. L'écoute active implique ainsi d'écouter et penser en même temps : « Bien écouter, c'est presque répondre⁵. » Le patient se trouve quant à lui dans la position paradoxale de tenter de comprendre ce que ses propos induisent chez le clinicien, autrement dit, il produit des inférences sur ce que l'autre écoute. L'un est là pour parler, l'autre pour écouter. Cette position renvoie à l'idée d'asymétrie soulignée par plusieurs auteurs⁶. Dans une situation clinique, la position des locuteurs n'est pas identique : le patient effectue une démarche personnelle tandis que le clinicien, lui, se situe dans une démarche professionnelle. Le patient donne des contenus intimes et personnels que le clinicien commente ou reprend sans donner les siens propres : le patient « qui a contractuellement la possibilité de s'exprimer dans un dialogue sans être contredit ou jugé explicitement par l'auditeur, pense nécessairement que l'interlocuteur écoute ce qu'il dit, l'interprète, l'évalue, le juge [...], il doit construire un discours pertinent alors que des savoirs qu'il pourrait partager avec l'auditeur sont étrangement maintenus manquants⁷ ». Cette situation induit chez le patient un questionnement et une interprétation des pensées du clinicien. Ainsi, il peut se demander ce que le thérapeute peut entendre. Ceci suppose néanmoins que le clinicien ait réfléchi, en amont de son travail, sur ce qu'il est capable d'entendre sans se laisser déborder par des sentiments susceptibles d'altérer la qualité de son écoute (pitié, dégoût, horreur). En effet, un certain nombre de contextes professionnels peuvent mettre le psychologue aux prises avec la narration d'événements terribles (traumatismes). L'idée de « neutralité bienveillante » que l'on entend souvent comme une attitude préconisée renvoie à cette attitude de suspension du jugement qui permet au patient de penser que le clinicien peut accueillir tout ce qu'il dit. Le terme de « neutralité » implique dans un premier temps, du côté du clinicien, une suspension de son jugement, autrement dit, autant que faire se peut, de ses stéréotypes, de ses interprétations, de ses croyances.

Les marqueurs de l'écoute

Nous l'avons vu, l'écoute marque la présence à l'autre, mais elle doit être signifiée au patient du fait de l'asymétrie décrite ci-dessus afin d'engager au mieux l'alliance thérapeutique. Le patient va ainsi porter une attention particulière à toutes les réactions du clinicien, verbales comme non verbales. Le silence associé à l'écoute est également interprété par celui qui dit (« *Il ne dit rien, donc ce que je dis n'est pas intéressant ou pas pertinent, ce n'est pas ce qu'il attend ou ce que je dis n'est pas bien* »).

J'ai souhaité illustrer cet article en demandant à des personnes engagées dans un travail thérapeutique la manière dont elles avaient perçu et vécu l'écoute du psychothérapeute.

Les marqueurs non verbaux de l'écoute

La position et les mouvements corporels du thérapeute sont immédiatement interprétés par les patients. Comme le dit ce sujet : « *Je me souviens que lors de notre premier rendez-vous, le psy avait les jambes croisées et il n'arrêtait pas de faire bouger son pied, j'avais l'impression que je l'énergais.* »

Les techniques d'acquiescement, comme le hochement de tête, par exemple, permettent de rassurer le patient et de lui garantir la continuité de l'interaction et la bienveillance.

Le regard apparaît également comme un élément fondamental, comme le dit ce sujet : « *Je me suis sentie écoutée, car tout le temps de la séance, la psychologue me regardait dans les yeux, presque fixement. Et cela m'aidait beaucoup, car elle n'a jamais lâché le regard et cela m'a été tout particulièrement précieux quand j'ai pu parler de l'inceste. À aucun moment elle n'a baissé ni détourné le regard. Je l'ai interprété comme : "Je suis là, je suis solide, vous pouvez y aller", et même à ce moment-là, j'ai pensé : "Elle me croit", et ça m'a incroyablement soulagée.* »

Les marqueurs verbaux de l'écoute

L'onomatopée la plus employée par les cliniciens, « hmmm », ne permet cependant pas au patient d'être convaincu qu'il est entendu. Ainsi de cette patiente qui, allongée sur le divan, parlant et recevant en retour cette onomatopée, finit par s'apercevoir par le jeu d'un miroir accroché au mur que la psychothérapeute était en train de consulter son portable ou de regarder sa montre. « *En fait, j'ai réalisé qu'elle n'écoutait pas.* » Dans ce cas, comme le dit Oscar Wilde : « Écouter est une marque d'indifférence vis-à-vis de vos auditeurs. » De nombreuses formulations comme « je vois », « j'entends », « oui, allez-y » ont une fonction de réassurance. Les questions, relances et reformulations posées par le thérapeute indiquent également la progression de son écoute. Il est souvent très efficace de reprendre tels quels des mots employés par les patients afin de leur montrer qu'ils ne sont pas problématiques et sont entendus. Prenons cet exemple : « *Quand j'ai dit : "Mon connard de père", le psy a froncé les sourcils, il a eu l'air surpris ou même désapprouvateur comme si ce n'était pas vrai ou alors c'est parce que j'avais dit un gros mot et qu'il était choqué? Mais ensuite il m'a scotché parce qu'il a juste dit : "Quelle différence vous faites entre un connard et un gros con?" Là je me suis dit : "C'est bon."* »

Par ailleurs, reprendre un mot apparemment anodin entraîne non seulement la possibilité de décentration pour un sujet, mais la conviction que chacun de ses mots a été retenu. Pour exemple : « *La psy me dit : "Vous m'avez dit que votre mère, je reprends votre formule, avait fini par partir quand même. Que voulez-vous dire avec ce quand même?" Là je me suis dit : "Elle n'a rien laissé passer de ce que j'ai dit."* »

Nous illustrerons par un dernier exemple la différence si essentielle pour les patients entre écouter et entendre. Le thérapeute répond et c'est la nature de cette réponse qui garantit le fait pour le patient que ses propos ont été reçus, au-delà de l'écoute. Cette patiente voit pour la première fois un psychothérapeute à qui elle raconte les maltraitances subies par sa mère et le soutien sans faille apporté par son père. Le psychothérapeute ne dit rien, écoute tout au long de la séance qu'il finit par conclure d'une seule phrase : « *Nous verrons plus tard si tout cela est du fantasme.* » La patiente en conclut qu'elle a été écoutée, mais pas entendue et ne retournera jamais chez ce thérapeute. Au terme de cet article, nous dirons, en guise de conclusion, que l'art de l'écoute constitue une technique psychothérapeutique à part entière. Bien qu'aujourd'hui les téléphones ne soient plus pourvus de cordon, je peux reformuler ces mots de ma première référente de stage : nous faisons du lien parce que nous écoutons. ▀

Open dialogue, une écoute polyphonique



1 Assistance publique – Hôpitaux de Marseille.

2 Benveniste, É. (1947). Structure des relations de personne dans le verbe. Dans É. Benveniste (1966). *Problèmes de linguistique générale* (1, 227-236). Gallimard.

3 Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääkköläinen, V. et Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363-372.

4 Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääkköläinen, V., Syvälahti, E. et Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: *The Finnish API Project*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50(4), 281-287.

5 Eurostats. (2020). Tableau [hlth_rs_bds]. *Hospital beds by type of care*.

La polyphonie nous vient de la musique. Chacun sait qu'en écoutant un orchestre, nos oreilles ne suivent le chant que de quelques instruments. Seules les oreilles affûtées écoutent l'orchestre dans ses infinis détails. De même, pratiquer l'écoute polyphonique, c'est prêter attention à toutes ces voix qui cohabitent dans un système relationnel. Cette notion est fondamentale dans l'*Open dialogue* (OD), une approche conçue en Finlande pour accompagner les personnes vivant un premier épisode psychotique et leur entourage. En France, elle prend place au sein de quatre équipes de l'AP-HM¹ et du Lieu de répit à Marseille, et concerne les psychoses comme les troubles de l'humeur.

Dans le cadre de l'OD, la polyphonie s'instaure entre trois parties : l'usager avec son histoire, sa réalité ; les personnes dites « ressources » sur lesquelles celui-ci peut compter d'une façon ou d'une autre ; puis l'équipe réflexive constituée de deux à trois soignants (psychologues, infirmiers, médiateur de santé) qui vont transmettre cette façon polyphonique d'écouter aux personnes qu'ils écoutent.

Cette dimension particulière dévoile le sens profond de la relation, sa puissance et son potentiel. C'est d'autant plus vrai quand elle est associée au soutien par les pairs – connus pour être des intermédiaires de cette polyphonie – qui vont faciliter la prise de parole face aux autres professionnels. Outre les espaces d'interaction au sein d'un système, l'approche renégocie aussi les places de l'interlocution² et c'est dans cette brèche que respire un nouveau paradigme. En effet, l'OD n'est pas une posture qui pourrait être portée par des thérapeutes isolés, mais une approche qui se vit et s'articule au cœur d'un système de soin – ne serait-ce que d'un ou plusieurs secteurs.

À l'origine, une métamorphose de la psychiatrie

En 1970, l'équipe du psychiatre Yrjö Alanen travaille sur une approche baptisée *Need-adapted treatment of schizophrenia* (NAT)³, qui pointe la nécessité de considérer chaque usager dans sa spécificité, au-delà des représentations diagnostiques.

L'objectif en Finlande est alors la déshospitalisation des personnes psychiatriquées, en déplaçant l'accent des soins institutionnels vers les soins ambulatoires. Des programmes nationaux tels que *Schizophrenia project* ou l'*Acute psychosis integrated treatment* (API)⁴ émergent au milieu de multiples réformes et d'expérimentations. Dans les années 1980, le nombre de lits d'hôpitaux en psychiatrie pour 1000 habitants était de 3,9 ; il atteint 0,54 en 2018⁵ grâce à un déploiement des services ambulatoires.

L'hôpital Keropudas se réorganise dans cette tonalité. Avec les projets *Open Dialogue in Acute Psychosis* (ODAP I et ODAP II), l'équipe de Seikkula⁶ ira plus loin que la NAT, en mêlant avec pertinence les concepts de plusieurs disciplines – quelque part déjà polyphonique dans sa capture des sciences. Elle s'inspire du paradigme dialogique⁷ qui tente de garder intacte l'individualité des discours sans qu'aucun ne domine, mais aussi de la psychoéducation (où la famille n'est ni responsable de la psychose ni objet de traitement) tout comme de l'idée que ce qui est socialement construit va interagir avec ce qui le construit, modifiant au fil du temps les normes et les représentations. Si la réalité des jeux sociaux se déplace avec lenteur, les mouvements des usagers montrent bien la volonté persistante de se libérer du construit social qui les/nous place dans un rôle, si ce n'est une destinée. En face, les résistances rencontrées illustrent, quant à elles, que les négociations avec les « constructeurs » sont longues et complexes, voire incompréhensibles. L'OD a le mérite de (re)créer une compréhension partagée de ce qui se vit en et autour de la psychiatrie.

Quid de l'opérationnalité

Le dialogue ouvert devient parfois une expression utilisée à tort et à travers, banalisée par enthousiasme, mais gommant ainsi la finesse du procédé. L'approche est pourtant régie par sept principes : aide immédiate (en moins de 24 heures), inclusion du réseau social, flexibilité et mobilité, responsabilité du suivi, continuité psychologique, tolérance à l'incertitude, dialogue et polyphonie. Dans la pratique quotidienne, selon les besoins de l'usager, les entretiens individuels alternent avec les rencontres dites

« réflexives ». Le réseau social (famille, amis, professionnels, collègues, voisins) est alors mobilisé avec l'accord de la personne. Le cadre va déterminer les interactions entre les uns et les autres : la liberté pour chacun de parler ou non – point important, car le silence fait partie intégrante de la polyphonie – ainsi que le respect du temps de parole de l'autre. Chaque membre du réseau est invité à s'exprimer ; puis l'équipe réflexive, après avoir écouté, va échanger entre elle sur ce que chaque membre a entendu et observé, sur les émotions et questionnements que cela leur soulève. Les échanges, qui normalement ont lieu en réunion clinique, se font ici face aux personnes, dans un dialogue ouvert. Ensuite, la parole est redonnée à chacun qui peut répondre.

Les échanges réflexifs, un miroir de l'altérité

L'écoute de ces dimensions plurielles va fabriquer un terreau pour expérimenter l'altérité. D'un côté, il y a les usagers qui, au creux ou au pic d'une crise, se sentent parfois projetés dans une impasse insoutenable, envahis par un chaos intérieur. De l'autre, l'entourage qui s'interroge avec beaucoup d'inquiétude sur ce qui est en train de se produire. L'incompréhension vécue par tout un chacun engendre des peurs : elle favorise une activité imaginaire irrationnelle et s'appuie souvent sur de grandes difficultés à s'expliquer. Chacun se pense seul avec sa vérité émotive ou sa vérité des faits et de son récit. L'écoute polyphonique, en signifiant qu'il existe au moins deux voix, va remettre en route l'existence de l'autre, disparu au travers de la crise. L'intention est d'assimiler la différence de l'autre : sa façon de comprendre le monde et son quotidien émotionnel.

Les endroits d'où parle une personne engendrent des malentendus bénéfiques ; bénéfiques, car ce sont ces malentendus qui valorisent l'autre et nous obligent à le considérer, à parler et écouter. Lors d'une crise, ce bénéfice peut être momentanément perdu.

La réflexivité incarne un miroir dans lequel les personnes expérimentent de se regarder autrement. Les difficultés relationnelles et les charges émotives qui s'expriment dans le cadre de l'entretien sont reformulées, ou redites par la voix de l'équipe

réflexive. Les émotions vécues sont ainsi rendues audibles, en polyphonie, sans être imposées aux autres personnes. Les soignants sont vigilants à ne se regarder qu'entre eux ; ce lien visuel les sépare des autres. À cette posture corporelle, s'ajoute l'emploi de la première et troisième personne dans leur discours. Le « tu/vous » devenu absent permet cette mise à distance pour se dégager, se décoller de l'adhésivité émotionnelle ou du récit unique. Puis, les professionnels se voient obligés de reconfigurer leur discours, leur façon d'être en relation et de considérer le soin. Ce point est fondamental tant l'exclusion d'un espace d'énonciation fait figure de la dépossession de soi.

Et le rôle du psychiatre ?

Convité aux réunions de réseau pour ses compétences médicales, le psychiatre va écouter ce qu'il s'y passe, en évitant les décisions hâtives sur le traitement, tout comme les conclusions prématurées. Il redevient alors une voix parmi les autres, ni réduite ni amplifiée. Ceci implique un engagement sur deux ou trois rencontres, puis quand il est nécessaire d'ajuster le traitement. Les raisons d'une prescription médicale doivent être claires et compréhensibles pour le psychiatre, l'utilisateur et l'entourage. Les propositions thérapeutiques sont faites de façon à ce qu'un choix éclairé puisse être réalisé par l'utilisateur, si besoin avec le soutien de sa personne de confiance.

L'ÉCOUTE POLYPHONIQUE, EN SIGNIFIANT QU'IL EXISTE AU MOINS DEUX VOIX, VA REMETTRE EN ROUTE L'EXISTENCE DE L'AUTRE, DISPARU AU TRAVERS DE LA CRISE

S'ouvrir à l'incertitude

L'OD demande une compétence thérapeutique basée sur une flexibilité à 360 degrés de la pensée. Ce tour d'horizon utopique montre combien la disponibilité à l'autre, à son mystère, aux émotions dérangeantes ou non – des autres comme des siennes – n'est pas innée et réclame un apprentissage de la tolérance, du *care* et de l'incertitude. Les possibilités de décision étant remises aux usagers, l'imprévu et la non-maîtrise deviennent inévitables pour les soignants. Afin que la crise soit moins anxiogène, les rencontres sont organisées dans une succession aussi rapide que possible.

La pratique dialogique va faire émerger un sens à la crise ; telle l'incarnation d'une blessure ou d'une expérience traumatique qui résiste au langage ordinaire et à la capacité dite « normale » de s'exprimer en des termes narratifs. Par-là, les frontières de la réalité partagée vont s'étendre et les mécanismes à l'œuvre de la construction sociale pourront se mettre en branle. En effet, pour que des normes polyphoniques s'instituent dans un cercle, il faut du temps, une routine et une continuité. Or, comment combiner la temporalité d'urgence liée à la crise à celle d'un processus qui demande du temps ? Faut-il constituer une équipe dédiée qui pourra garantir la continuité que le *turnover* des dispositifs de crise ne permet pas ? Ou réfléchir à une articulation dialogique entre les services ? Afin d'éviter une conceptualisation idéologique aux contours flous, il faudra sans doute encapsuler l'*Open dialogue* dans une version française et le faire avec méthode⁸. ▶



Une villa à Hollywood : écouter le rêve d'un logement idéal pour soutenir l'espoir d'une vie meilleure

Un chez-soi d'abord est un dispositif qui vise à permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et souffrant de pathologies mentales sévères d'accéder sans délai à un logement et de s'y maintenir, avec l'aide, notamment, de l'intervention intensive d'une équipe pluridisciplinaire (médicosociale et de gestion locative adaptée). L'accompagnement se base sur les principes du rétablissement en santé mentale, de la réduction des risques et des dommages, et donne la primauté aux choix des personnes.

La question de la souffrance des personnes que nous accompagnons est centrale dans notre dispositif. Les personnes qui nous sont adressées ont souvent vécu plusieurs années sans chez-soi : rue, hébergement d'urgence, squat, hôpital psychiatrique, prison, hébergement chez des tiers à titre (pas si) gratuit. Elles connaissent aussi la stigmatisation liée à la maladie mentale, à l'annonce d'un diagnostic, aux hospitalisations sous contrainte. Certaines ont un vécu institutionnel débuté très jeune : foyers de protection de l'enfance, instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep), voire la rue avant 18 ans. Nous accompagnons des personnes dont l'histoire est composée de ruptures et dont la reconnaissance en tant que sujet, capable et désirant, a été mise à mal, parfois niée.

Le principal pilier du rétablissement en santé mentale est l'espoir, en tant que moteur de la perspective d'une vie meilleure. Pour susciter l'espoir, nous proposons d'écouter les rêves : ceux que la personne est à même de formuler, sans préjuger de leur possibilité de réalisation. La souffrance est accueillie lorsque la personne l'exprime, cependant le dispositif est centré sur les forces et les désirs : il n'y a pas d'échecs, il n'y a que des expériences.

Nous sommes tenus de proposer une visite de logement au plus tard huit semaines après la première rencontre avec les personnes qui sont admises dans le dispositif et de les faire visiter au minimum deux logements. De ce fait, la question que nous posons dès la deuxième rencontre est : quel est ton logement idéal ? Il n'est pas question de s'engager à le trouver, mais de s'appuyer sur ce logement rêvé pour appréhender les besoins de la personne, faire naître l'espoir, imaginer des projections, parler de « parcours locatif » (possibilité de déménager).

Concrètement, Un chez-soi d'abord capte des logements (privés ou sociaux) loués au nom de l'Association, puis les sous-loue aux personnes accompagnées, avec possibilité de glissement du bail dans le cas des logements sociaux. C'est ce système qui permet de proposer plusieurs visites de logement, de raccourcir les délais d'accès, ainsi que de proposer des déménagements.

Il arrive que le logement idéal soit éloigné de nos propres représentations. Une personne a par exemple exprimé le désir d'un logement social à Vénissieux ; elle a pu emménager en un mois, car nous avons un logement de ce type disponible. Était-ce son rêve ? Est-on en capacité de rêver lorsque l'on se trouve dans des mécanismes de survie ? Parfois non, mais la question est posée et elle pose les jalons d'une relation où l'imaginaire est non seulement possible, mais surtout souhaitable. Le premier logement est aussi envisagé comme point de départ (*Housing first*).

Au contraire, certaines personnes peuvent nommer leur logement rêvé : « Une villa à Hollywood ! » Un jeune homme nous a parlé de ce rêve dès la première rencontre, il s'agissait de la maison type que l'on trouve dans certains clips musicaux. C'est alors un support à la rencontre : parler de son intérêt pour la musique, des textes qu'il écrit, mais aussi concrètement imaginer les liens entre cette villa et ses besoins de logement réalisables dans l'immédiat. La villa devient au fil des discussions un appartement en centre-ville, pour conserver son réseau de soutien, avec un grand salon pour recevoir ses amis (comme il imaginerait le faire dans une villa), et si possible une chambre pour avoir deux espaces : un pour lui et un pour son frère avec qui il vit dehors. N'ayant pas de logement de ce type à proposer, nous rediscutons pour évaluer les priorités : centre-ville ou grand logement ? Sa priorité était alors le centre-ville, quitte à dormir à deux dans une seule pièce. Nous avons finalement pu lui faire visiter un grand logement à Lyon, mais pas au centre-ville (avec chambre et salon) et un loyer élevé, ainsi qu'un second logement du même type, plus excentré, hors de Lyon, mais moins cher. Il a choisi le second, ayant eu un coup de cœur à la visite et prenant en compte la différence de prix du loyer. Quelques mois plus tard, la distance avec le centre-ville, les difficultés de déplacement et le fait d'avoir été mis en difficulté par des personnes malveillantes qu'il avait invitées dans le logement l'amènent à demander à déménager. La priorité est remise sur une localisation en centre-ville, quitte à payer un loyer plus élevé. L'équipe soutient ce choix tout en discutant des solutions qu'il peut trouver pour gérer les relations qu'il invite dans son logement.

La possibilité de prendre des risques, de changer d'avis, de déménager et d'être soutenu dans ses choix illustre la prise au sérieux des désirs et des rêves. Écouter, c'est alors traduire cela en actes.

Le rétablissement en santé mentale est un processus non linéaire, le parcours locatif proposé dans le cadre de l'accompagnement en est une expression : garder le rêve comme horizon, éviter les ruptures et apprendre de chaque expérience. ▶

LE PRINCIPAL PILIER DU RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE EST L'ESPOIR, EN TANT QUE MOTEUR DE LA PERSPECTIVE D'UNE VIE MEILLEURE

Le sentiment de l'écoute : une émotion ou un leurre ?

« Apprends à écouter non le vent des paroles ni les raisonnements qui leur permettent de se tromper. Apprends à regarder plus loin¹. »

Je me demande si... lorsque vous me lisez, ici, maintenant, dans ce qui est... est-ce que vous entendez ou vous écoutez ce que vous êtes en train de lire ? Étrange, non ? C'est comme s'il y avait une distance invisible au cœur de l'échange, de notre échange, entre ce que vous lisez et ce que vous ressentez, comprenez. Ainsi nous disait Paul Valéry : « Un jour vint où l'ont su lire des yeux sans entendre, sans épeler, et la littérature en fut toute altéré¹. » Écrire, prendre la parole, témoigner, dire, exprimer, émettre et divulguer sont des expressions de soi qui devraient être au service du collectif et de ses individus. N'avons-nous pas toutes et tous, une fois dans notre vie, éprouvé ce sentiment de ne pas avoir été entendus ni écoutés ? Essayer de se faire entendre n'oblige personne à nous écouter. La patience que nous accordons aux autres est celle que nous avons apprise avec nous-mêmes. C'est cela « l'écoute » et plus encore. L'entendez-vous chuchoter de l'intérieur ?

10

« L'écoute comme réponse ? », cette réflexion me transcende et me ravive car elle m'invite à une introspection qui résonne à l'intérieur de moi comme un effet miroir... reflétant mon parcours de résilience et ses sentiers battus, jonchés de ronces et de sables mouvants. Tout un tas de questionnements me submergent et à mon tour je vous invite à recevoir – ou non – ce que je suis en train de donner. Cela dépend de tellement de choses et de rien en même temps. L'interrogation qui me vient à l'esprit en premier lieu est : comment peut-on être présent, attentif, concentré et en situation d'écoute avec un autre si on ne s'est jamais donné ou offert cette attention à soi-même ? Aussi, pourquoi et comment développer des aptitudes à s'entendre ? Pourquoi et comment développer des attitudes à s'écouter ? Et surtout, comment opérer ? Peut-on opérer à cœur ouvert lorsque l'on écoute un autre ou soi-même, comme un chirurgien devant sa table d'opération qui fait de son mieux pour sauver une vie ? On pourrait aussi se permettre un raisonnement différent en s'interrogeant sur ce que « l'écoute » n'est pas ?

Pour essayer de répondre, je vais quand même me présenter en vous invitant à faire avec moi un voyage à l'intérieur du soi, de ses représentations et de ses expressions au travers de mon expérience personnelle.

Le dévoilement de soi, à soi et sans détour

J'ai été foudroyé et atteint très tôt dans mon enfance par le syndrome psychotraumatique. J'avais 5 ans, je me souviens. Ce trouble psychique, symbole d'une « allitération » sensorielle et affective désorganisée et ébranlée, aurait muté en moi en se transformant

en un trauma complexe à l'image d'un mille-feuille pourri, empesté de tranches de vie oubliées, douloureuses et inaccessibles pour moi et ma mémoire pendant très longtemps. La cause ? Rien que des événements récurrents, impitoyables, irrationnels et effroyables imposés par une histoire familiale chaotique et taxée par l'asservissement de ses sujets et de ses serveurs. Je peux vous affirmer aujourd'hui que si je ne m'étais pas entendu ni écouté pendant ce long périple, je suis certain que je ne serais pas ici, maintenant, dans ce qui est, avec ce qui est de moi-même et en même temps avec vous autres, mes amis, lecteurs et lectrices.

Ce voyage, ce parcours traversé, enduré et éprouvé par moi-même, seul témoin de ma longanimité dans l'épreuve m'a poussé et contraint à expérimenter et à comprendre ce qu'« entendre » et « écouter » pourraient m'apporter sur mon chemin du rétablissement, lui-même inspiré et poussé au plus profond de moi par une forte résilience pressentie et salutaire. Pour pouvoir communier avec soi-même et les autres, il est important de se détacher de soi, c'est-à-dire de faire face pour pouvoir se dépasser, être présent avec soi-même ainsi qu'avec les autres et son environnement. J'ai mis beaucoup de temps à essayer de m'entendre et à m'écouter ; tel un explorateur en quête de nouveaux espaces sains et ordonnés, échafaudés inconsciemment à l'intérieur de moi-même, pour y poser et y ranger des mots ressentis, puis enfin compris, sur des maux physiques invisibles, finalement identifiés et soignés. J'ai, par exemple, essayé d'entendre comment mon corps me hurlait dessus de douleur à force de ne pas l'avoir assez, ou pas suffisamment écouté. Il s'agit alors d'un dialogue interne où l'écoute et l'attention ont un rôle primordial, voire vital, pour la personne qui est en quête de soi, en souffrance ou non. Comment entendre ou écouter à l'intérieur de soi, lorsqu'il y a un chaos, un amas globuleux purulent et indigeste qui, dans un carcan inaudible et sourd, nous empêche de nous lire et peut-être même de s'écouter ou de s'entendre ? Si tous les humains sont forcément un jour confrontés à la souffrance et à la douleur, tous ne la sentent pas, ne la ressentent pas et n'en parlent pas de la même manière.

Comme moi, il y a des personnes qui le découvrent dans la souffrance et l'épreuve – et d'autres non –, mais je reste convaincu que ce pouvoir, ce « sentiment », cet entendement céleste et dévolu fait intrinsèquement partie de notre nature humaine et il s'appelle : l'écoute. L'entendez-vous maintenant ? L'entendez-vous tonner au plus profond de vous ? Cette voix qui vous parle et qui vous commande, l'entendez-vous maintenant ? L'écoutez-vous ou est-ce elle qui vous écoute ? Ou peut-être est-ce un leurre, un mensonge que l'on se dit à soi-même et aux autres ? On ne maîtrise rien en dehors de soi et « l'écoute » en est un échantillon représentatif. C'est cela l'écoute et bien plus encore...

¹ Insufflé par mon ami Guedalia Assueid : Valéry, P. (2016). *Œuvres. Tome 3*. Paris : Le Livre de poche.



« L'écoute est un don, pas une vertu². » Atteindre son cœur pour y accéder c'est faire corps pour mieux la partager. Dans l'instant présent, vous devenez votre priorité, la personne la plus importante du moment, car le véritable don de soi c'est d'être au service de soi-même et de notre humanité tant aimée. Et c'est seulement là, dans ces conditions, que « l'écoute » invoque et exige l'unité, la complétude, la totalité. Elle est le départ du multiple, du complexe et du savoir. Associer la connaissance de soi au service de l'écoute de l'autre, voilà ce que m'a appris cette épreuve. Tel un architecte de mes sens, s'est construit et fortifié au plus profond de moi cette conviction que l'écoute n'est finalement, et tout simplement, qu'une discipline au sens propre et figuré. Dans cette réalité, l'écoute est rarement improvisée et fantasque et en cela elle peut se transformer en compétences, en capacités, en un savoir-faire et en un « savoir-être ». L'élaboration psychique

« LE SENTIMENT DE L'ÉCOUTE » EST UNE ÉMOTION EN SOI, QU'ELLE SOIT BONNE OU MAUVAISE

et la dépendance à l'appréciation créent un besoin et une attention particulière à la valeur de soi et de celle des autres dans cette situation. Aussi, dans ces conditions précises, le dialogue est ouvert et le discours, comme l'écoute, est au service des personnes et non plus au service de l'ego et de son individualité.

Cette « félicité » tant souhaitée ne peut être atteinte qu'après un affrontement avec soi-même, en acceptant de fuir ce qui est nuisible pour soi et en étant convaincu qu'il est vain de se fuir soi-même. Devoir son salut à la fuite n'est pas glorieux, mais peut se révéler sage dans ce cas. Dans ces circonstances et avec le temps, l'affrontement pourrait permettre de se révéler à soi-même et en même temps aux autres. L'attention, la motivation et l'attente apprises font toutes partie de ces conduites et attitudes perceptives importantes qui ont conditionné et éclairé ma propre perception de mon monde intérieur et de celui qui l'entoure.

Le labeur du laborieux

« Le sentiment de l'écoute » est une émotion en soi, qu'elle soit bonne ou mauvaise, une vérité ou un leurre. Il est une émanation de soi, une reconnexion à soi-même et à tout l'univers qui nous entoure. Il s'agit d'une étape essentielle vers la restauration de la tolérance au soi et de celle des autres, car le fait de s'aimer, de se choisir, nous rend plus intuitifs et plus rationnels de manière à nous offrir, dans les meilleures conditions, une présence parmi nos semblables et une place dans notre environnement. La tolérance, la maîtrise, le contrôle ou la rupture au soi forment une association entre les événements et les émotions engagées dans la pratique de l'écoute avec soi-même ou avec les autres.

Le « sentiment de l'écoute » consiste finalement à être attentif à ses propres besoins et à ceux des autres, tout en faisant preuve de patience avec soi et de tolérance avec son environnement. Le reste suivra. Comme le « discours » influence la réalité – sans pour autant être dans le vrai –, « le sentiment d'écoute » peut être à sa manière le contraire de l'indolence, de l'apathie et de l'inertie, car il peut nous procurer ou nous imposer une quête de nous-mêmes et de notre propre vérité. Le don de soi au travers de l'écoute n'est pas une façon d'être ou de faire au service des autres pour être aimé. Il est plutôt une manière d'être et de faire, en pleine conscience, qui sert – ou non – à celui qui donne et à celles et ceux qui reçoivent, car donner, c'est inviter à recevoir sans contrainte ni obligation. S'exprimer, entendre et écouter sont de mises. Cette idée enthousiasmante et reviscente m'oblige à me poser cette réflexion à laquelle je ne répondrai pas, mais je me permets néanmoins de vous la poser ici, maintenant, dans ce qui est et sans détour. Nos émotions, sont-elles le guide de toutes ces actions? Et qu'est-ce qui les motive pour pouvoir guider nos actions? ▶

² Bechellaoui, L. (2020). *Histoire d'un voyage intérieur* [texte rédigé dans le cadre de l'atelier d'expression « Confitures maison » organisé au SUR CL3R par l'équipe Zone d'expression contre la stigmatisation – Zest].

Offrir une écoute ou un espace de parole?



Ecouter est avant tout donner la parole à quelqu'un qui souvent ne sait plus comment s'adresser à un autre. L'écoute en elle-même est une offre qui se laisse surprendre par ce qui ne parvient pas à se dire. Il convient alors de trouver les mots pour supporter le malentendu et accueillir ce qui ne peut pas se dire. Cet accueil inconditionnel donne la parole à ce qui n'a pas de place, ce qui suppose de faire de la souffrance humaine une affaire d'éthique.

Beaucoup de ceux que nous accueillons n'ont pas pu répondre aux offres qui leur ont été faites, se heurtant parfois à la réponse anonyme du « pour tous » ou aux réponders téléphoniques qui ne renvoient qu'en écho leurs difficultés à formuler leurs propres demandes. Le lien à eux-mêmes est aussi difficile que le lien avec les autres. Avec la psychanalyse, nous savons que le lien aux autres, c'est aussi le lien à soi-même. Sans *a priori* de parcours ni préalable, l'accueil de ceux qui franchissent le seuil mise sur ce qui dans la parole va faire surprise, trou dans le fil du récit, événement, silence aussi bien.

Au fil des années, nous avons appris à considérer l'effort pour venir en présence à un rendez-vous et la valeur des absences parfois répétées. Cette façon de se présenter fait partie de la rencontre. L'expérience vécue au centre psychanalytique de consultations et de traitement (CPCT) recueille ce qui n'est jamais libre dans la parole. Contrairement à l'idée répandue que parler libère, ce n'est pas toujours le cas; chaque personne qui s'engage dans sa parole se confronte à un indicible, à une impossibilité à dire.

Il n'est pas tant question de pousser à la parole dans laquelle le sujet pourrait se perdre ou s'emprisonner que de soutenir le style de chacun. Nous faisons avec la difficulté à dire, l'urgence à parler, la rage de dénoncer, la colère des mots qui explosent. Nous faisons avec la crainte de parler, les silences d'avant la parole. Pour cela, nous recevons le plus rapidement possible celui qui appelle, celui qui enfin peut appeler. De la même manière que nous acceptons les absences répétées au premier rendez-vous qui sont pour nous la marque

d'un embarras, voire d'une peur à exposer ses mots, nous ne comptabilisons pas ces absences, mais les accueillons comme des appels muets, sans préjuger. Dans la prise de rendez-vous comme dans les sollicitations, les mots sont ceux des représentations en cours : stress, manque d'estime de soi...

Les praticiens orientent les conditions de la parole pour faire advenir un dire qui engage la subjectivité de celui qui parle, seule façon d'approcher l'insupportable en jeu. Pour nous, l'écoute requiert un travail de précision à reproduire inlassablement pour permettre que la parole de chacun se transforme en un dire dans lequel l'auteur se reconnaisse et en assume la responsabilité. Les praticiens se font interlocuteurs des balbutiements, des messages fermés et péremptaires qui leur parviennent. La psychanalyse est une pragmatique qui permet – mais pas toujours – de faire passer l'intraitable, l'impuissance à la dimension d'un symptôme dans lequel le sujet peut se reconnaître. Le symptôme n'est pas la plainte. Il favorise une alliance humaine et singulière avec les forces pulsionnelles qu'il est vain de vouloir éteindre ou réprimer. Nous n'avons pour cela que le traitement par la parole. Le sujet, dans sa façon de dire, peut trouver quelques repères pour avancer, quelques abris où loger son être en déshérence parfois.

Il a fallu au praticien le temps de repérer ce qui enferme le sujet. Il a fallu souvent son tact et ses inventions pour faire entendre, pour faire taire ou

voiler parfois, pour dérouter la pente de ce qui se répète et ce à quoi le sujet tient sans le savoir.

Dans ce qui s'énonce, il y a ce qui s'est construit depuis long-

temps comme certitude, ce qui peut s'interroger et ce qui surgit comme nouveau. Chaque fois nous vérifions le rapport à la parole dans le transfert.

Notre surprise concerne les effets qui pour autant n'ont pas été directement ni visés ni attendus dans les conversations avec le praticien. « *Ni jugée ni obligée* », rappelait une dame qui témoignait de son passage au CPCT. Elle avait trouvé un espace où découvrir son parcours et la façon dont elle avait pu y répondre.

Si la parole ne soulage pas toujours, ses effets peuvent desserrer les identifications morbides et entrouvrir *a minima* sur d'autres possibles. Le retrait et l'isolement sont souvent la seule défense possible. Cette défense coûteuse pour le sujet le protège de ce qui le juge, le menace, le contraint. Avec la parole se construit un asile pour abriter l'existence faite de ce qui fait vivre et fait souffrir. Cette construction ne peut pas se faire seul.

Notre époque commande à chacun de répondre des ratages de sa vie. Le passage au CPCT infléchit les injonctions, suture délicatement les ruptures parfois béantes avec lesquelles certains patients arrivent.

À notre mesure, nous luttons pour faire advenir des solutions parfois très modestes, mais uniques, celle qu'une personne trouve en s'expliquant la part impossible de sa vie : impossible à dire, impossible à se représenter. Le bien dire, traversé d'émotions supportables, est notre orientation. ▶

AVEC LA PAROLE SE CONSTRUIT UN ASILE POUR ABRITER L'EXISTENCE

« Écouter et accuser réception »

1 De 1996 à 2011. L'Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (Orspere) est fondé en 1996, et devient en 2002, au regard de ses activités, l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précaire (ONSMP). En 2012, l'Observatoire fusionne avec le réseau Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes (Samdarra), et devient l'Orspere-Samdarra, sans que les acronymes ne soient aujourd'hui déclinés. L'Observatoire publie la revue *Rhizome*.

Rhizome : Qu'est-ce que l'écoute pour vous ?

Jean Furtos : L'écoute est une activité ordinaire de la solidarité interhumaine. La demande, implicite ou explicite, vient de l'autre qui ne peut vivre seul. Deux caractéristiques rentrent en jeu lorsque nous sommes à l'écoute des autres : le respect et la bienveillance. Dans le cadre professionnel ou bénévole, nous sommes alors payés ou engagés pour en faire quelque chose qui aide l'autre à vivre. Lorsque nous écoutons le malheur d'une personne, ce n'est pas pour dire que cela est « intéressant », mais c'est bien pour en faire quelque chose, depuis notre place, en tant qu'ami, psy ou travailleur social.

Rhizome : Quand est-ce de l'écoute dans la clinique psychosociale ?

Jean Furtos : Le premier symptôme de la clinique psychosociale est le malaise de l'intervenant. Il porte en lui ce que l'autre n'a pas pu dire, sa souffrance « congelée ». Ce qu'il y a de difficile dans l'écoute – et on ne s'en rend pas compte –, c'est qu'on prend en soi la souffrance de l'autre. S'il est important

**ÉCOUTER,
C'EST PORTER
LA SOUFFRANCE DE
L'AUTRE EN SOI POUR
L'AIDER À VIVRE
L'INVIVABLE**

de garder une bonne distance, c'est pour nous permettre de rester proches. Comment puis-je traiter cette souffrance pour en faire quelque chose dans la bienveillance, sans tomber malade moi-même ? L'analyse des pratiques professionnelles est précisément faite pour répondre à cette souffrance et pour en comprendre le sens en restant disponible et vivant.

Lorsque je travaillais à l'Orspere¹, j'ai décrit le syndrome d'autoexclusion qui se définit par cette incapacité pour le sujet en grande précarité de souffrir sa propre souffrance. S'empêcher de souffrir signifie de se couper de l'autre qui fait souffrir ;

et pour se couper de l'autre, il est forcément obligé de se couper de lui-même affecté par autrui.

Pour ne pas tomber « malade » en tant que personne qui écoute, il faut tout d'abord savoir que ce n'est pas nous qui souffrons, même si nous souffrons pourtant de la souffrance de l'autre. Lorsque nous nous sentons envahis par la souffrance de l'autre, nous pouvons peut-être écrire, en parler à ses collègues, avec soi-même (le dialogue interne), ou même avec nos proches.

L'écoute qui engage consiste à transformer ce qui va mal en un meilleur destin. Écouter, c'est porter la souffrance de l'autre en soi pour l'aider à vivre l'invivable

Rhizome : Que répondez-vous à ceux qui affirment que la multiplication des dispositifs d'écoute participe d'une psychologisation du social et donc à sa dépolitisation ?

Jean Furtos : La souffrance psychique d'origine sociale fait partie du politique au sens large. Nous avons besoin de croire en des valeurs et c'est important de pouvoir discuter de celles-ci.

Il ne faut pas dire à quelqu'un qui vous parle : « *Ne me parlez pas, faites une révolution ou une manifestation.* » Justement, si ces personnes pouvaient faire une révolution ou une manifestation, elles ne viendraient pas vous voir. Mais effectivement, il ne faut pas que l'écoute soit de la psychologisation, c'est ce que signifie le terme de « clinique psychosociale », 100 % psychique et 100 % sociale. Croire en un psychisme isolé du social et du politique serait une psychologisation.

L'écoute est la non-indifférence à la vie qui essaie de se dire à travers ses balbutiements et sa souffrance. Le drame de l'écoute, c'est d'écouter des personnes qui vous disent : « *Je ne crois plus en rien.* » Se pose alors la question de la mort, du suicide

ou du retrait. C'est très important d'écouter une personne qui exprime du découragement et du désespoir, car si je l'écoute avec intérêt, cela signifie qu'il y a au moins quelqu'un qui a un intérêt pour elle et donc que la vie sociale peut avoir un intérêt. Écouter la perte d'avenir, la mélancolisation du lien social, c'est inconfortable, mais majeur.

Rhizome : Faut-il être psy pour écouter ?

Jean Furtos : Heureusement que non. Le syndrome d'autoexclusion est trans nosographique et trans institutionnel. Il faut accepter de quitter provisoirement son cœur de métier pour pouvoir y loger l'autre.

Quand j'étais jeune psychiatre, j'écoutais les patients que je rencontrais avec une incertitude anxieuse : comment vais-je terminer l'entretien ? Est-ce que je vais l'hospitaliser ? Est-ce qu'il va mal ? Quel traitement vais-je lui donner ? Je me débrouillais, mais souvent j'avais cette inquiétude.

Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. J'adopte une posture de « pure présence », d'écoute réelle et posée, avec une sorte de passivité active. J'écoute tout d'abord d'une manière désintéressée, j'écoute tout ce qui est dit, même si je ne comprends pas. J'écoute sans savoir ce que je vais proposer à la fin. Et j'interagis. Souvent on me demande : « *Vous en pensez quoi docteur ?* », ce à quoi je réponds : « *Pour le moment, je n'en pense rien.* » Avant de penser quoi que ce soit, il est important de ne pas plaquer des pages de livres que l'on a écrits soi-même ou que l'on a lus des autres, de ne pas « faire » de la nosographie. Sauf exception, il n'y a, à mon sens, aucun intérêt à dire trop vite à quelqu'un son diagnostic. Mais qu'est-ce qu'on va lui dire ?

Au final, nous devons dire quelque chose à la personne que l'on écoute pour qu'elle n'ait pas l'impression d'avoir parlé pour rien, car nous devons accuser réception de sa parole et ouvrir au dialogue. ▶

POUR ALLER PLUS LOIN...

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs.* Paris : Masson ;

Furtos, J. (2018) *De la précarité à l'auto-exclusion.* Paris : Édition La Rue D'Ulm.

Le dispositif national d'écoute téléphonique dans le cadre de l'épidémie de COVID-19

De nombreuses communications scientifiques internationales, rapportées notamment dans la revue *The Lancet* dès février 2020¹, ont alerté les politiques et la communauté scientifique quant à l'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur la santé mentale des populations. Les recommandations associées portaient principalement sur la mise en place de dispositifs de conseil et d'aide psychologique à distance à destination du grand public.

En France, dès mars 2020, les données ont confirmé la dégradation de la santé mentale de la population avec une forte augmentation des troubles anxieux, dépressifs ainsi qu'une prévalence élevée de problèmes de sommeil². Une plateforme téléphonique nationale d'information coronavirus a été déployée par le ministère des Solidarités et de la Santé, via le numéro vert grand public 08 00 13 00 00, accessible 7j/7 et 24 h/24 pour répondre aux questions sur la COVID-19. En complément, un dispositif innovant et partenarial a été mis en place, afin de proposer à la population, dès avril 2020, une orientation vers une écoute téléphonique de soutien et si besoin vers une prise en charge médicopsychologique de proximité. Ce dispositif repose sur trois niveaux.

En premier niveau, la Plateforme nationale d'information coronavirus est assurée par des conseillers, salariés des opérateurs du centre d'appels Site1³, prestataire du ministère. Lorsque les conseillers repèrent des personnes qui expriment, dans leur discours, un besoin de soutien psychologique ou présentent des manifestations de stress ou de détresse psychologique, il est proposé à l'appelant d'être transféré vers une plateforme d'écoute et de soutien psychologique. Si l'appelant ne souhaite pas que son appel soit transféré, les conseillers peuvent lui communiquer le numéro des différentes lignes qu'il pourra contacter directement en cas de besoin.

En deuxième niveau, la Plateforme nationale d'écoute et de soutien psychologique s'adresse à toute personne ressentant le besoin de parler, quels que soient son âge ou sa situation, 24 h/24 et 7 j/7. Elle regroupe plusieurs associations qui agissent, dans le cadre de ce disposi-

tif, dans le respect de procédures communes de repérage et d'orientation. Elle est assurée soit par des écoutants formés à l'aide à distance en prévention du mal-être, soit par des professionnels de santé. Ils sont salariés ou bénévoles des dispositifs téléphoniques Croix-Rouge Écoute, Écoute Santé, SOS Amitié et SOS Crise. Deux structures ont rejoint plus récemment le dispositif pour répondre aux besoins de populations spécifiques : le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) avec sa plateforme « Entraide ordinale » pour l'écoute et la prise en charge des professionnels et personnels de santé et « Pros-Consulte », puis « ACCA » (depuis mi-décembre 2020), pour l'écoute et la prise en charge des télétravailleurs.

Si les écoutants repèrent pendant l'appel un caractère de sévérité de la souffrance psychologique, ils proposent alors à l'appelant d'être recontacté par un professionnel de santé mentale en vue d'une prise en charge médicopsychologique.

En troisième niveau, la prise en charge médicopsychologique est assurée par des professionnels de santé mentale (psychiatres et psychologues) des cellules d'urgence médicopsychologique (Cump), en fonction du lieu de résidence des appelants. Ils reçoivent une fiche, transmise par les écoutants du deuxième niveau avec les coordonnées de l'appelant et un résumé des symptômes présentés, qui leur permet de recontacter l'appelant et de lui proposer une prise en charge adaptée.

À tous les niveaux, en cas de risque suicidaire, une procédure d'urgence est appliquée reposant sur une liste de critères de repérage du risque suicidaire puis sur une prise en charge par les secours. Que ce soit en premier ou en deuxième niveau, le conseiller ou l'écoutant propose à l'appelant de contacter les secours et recueille ses coordonnées avec son consentement. Un référent du dispositif contacte alors le 15 et transmet les coordonnées de l'appelant. Le conseiller ou l'écoutant reste en communication avec l'appelant jusqu'à ce que le relais soit pris par les services d'urgence.

Enfin, en complément de ce dispositif, les conseillers du premier niveau disposent d'un annuaire des dispositifs d'aide à distance qui leur permet d'orienter les appelants en fonction de problématiques plus ciblées : service de livraison solidaire, violences conjugales, violences aux enfants, parentalité, addictions, deuil, écoute multilingue...

À ce jour, et depuis la mise en place de ce dispositif, près de 22 000 appels ont été renvoyés du premier au deuxième niveau pour assurer une écoute de la souffrance psychologique et près de 350 transferts ont été réalisés pour une prise en charge par les Cump. ▶

1 Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. et Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38; Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S. et Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18; Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

2 Santé publique France. (2020, décembre). *COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire du 3 décembre 2020*. Repéré à <https://www.santepublique-france.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-3-decembre-2020>

3 Renforcée pour la période du premier confinement de mars à mai 2020 par la plateforme Téléperformance.

Live : une écoute professionnelle et engageante

1 Dans le contexte de la crise COVID-19, plusieurs services sont rapidement saturés d'appels téléphoniques entravant le fonctionnement habituel des unités. Face à ce constat, l'établissement a décidé de mettre en place rapidement un dispositif de plateforme téléphonique d'accueil et d'orientation. La plateforme *Live* se place comme une structure transversale de première ligne, en appui du projet médical d'établissement.

2 L'équipe est composée d'infirmiers, psychologues et d'assistantes sociales, en qualité de répondants, et est inscrite dans le pôle Urgences dont la cheffe de Pôle est Florence Clémentin. Ève Bécache, psychiatre référente, Maëlle Bernadat, cadre de santé, Gaëlle Fontcouberte, secrétaire, ainsi qu'Émilie Revol, assistante sociale, complètent l'équipe.

3 Capobianco, A. et Gonzalez, J. (2012). *La clinique du bout du fil. L'aide psychologique par téléphone en question*. Paris : PUF.

4 Du côté des appelants, notamment des personnes concernées, le téléphone peut être perçu comme étant moins engageant par rapport à une rencontre physique dans un lieu de soins.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Live dispose d'un accueil téléphonique gratuit, joignable 7j/7, de 8 h à 20 h au 08 05 05 05 69 et est disponible par mail : live@ch-le-vinatier.fr

La ligne téléphonique d'information et d'orientation en santé mentale *Live*, implantée au sein du centre hospitalier Le Vinatier (69) et rattachée au pôle Urgences, propose une écoute clinique et participe ainsi à la reconnaissance de la souffrance psychique. Mis en place en mars 2020 durant la première phase de confinement, ce dispositif est à destination de toute personne concernée par une problématique de santé mentale, usagère de la psychiatrie, de leurs familles et aidants, ainsi que des partenaires du centre hospitalier Le Vinatier (autres structures sanitaires, médicosociales, sociales, professionnels libéraux¹). La plateforme téléphonique *Live* accueille et évalue les demandes de soin, propose des possibilités d'orientation et peut aussi jouer un rôle de coordination, avec pour objectif de faciliter l'accès et le parcours de soin des personnes en proposant des réponses adaptées et personnalisées.

L'équipe *Live* est pluriprofessionnelle, constituée d'agents hospitaliers recrutés pour la complémentarité de leurs expériences dans le champ de la santé mentale². Cette diversité de profils permet d'affiner l'évaluation clinique des situations rencontrées.

Faciliter l'accès aux soins et déstigmatiser la psychiatrie

Nos interventions ont pour objectif de clarifier l'offre de soins en psychiatrie, souvent perçue comme opaque. La permanence *Live*, disponible de manière quasi continue, propose également un lien privilégié avec la psychiatrie et déstigmatise son accès, qualifié de « complexe ». La crainte du recours aux soins en psychiatrie s'en trouve de fait allégée. *Live* propose un numéro unique, ouvert à toutes les sollicitations, sans contrainte de secteur ou de motif de demande.

Le positionnement de ce dispositif, de nature préventive, permet de limiter le passage aux urgences psychiatriques et le recours systématique à l'hospitalisation des personnes qui pourraient en avoir le besoin. Ainsi, en proposant une écoute singulière, une réponse unique et en prenant le temps de formuler la demande de soin en dehors de l'agitation d'un lieu de soin, la plateforme téléphonique *Live* agit comme un facilitateur d'accès au soin.

Après neuf mois d'exercice, *Live* a reçu environ 7 000 appels, dont la majorité provient d'usagers, de leurs familles et d'aidants. Cependant, depuis le 1^{er} octobre 2020, le dispositif s'est quelque peu modifié, mettant davantage l'accent sur des missions d'information, d'évaluation et d'orientation en santé mentale. Depuis cette date, les professionnels représentent une part plus importante dans la typologie des appelants. L'activité de réassurance et de soutien

concerne un peu plus de la moitié des appels, mais se complète très fréquemment d'une orientation. L'activité d'orientation et celle d'information représentent chacune un quart des appels.

Une écoute téléphonique professionnelle et engageante

En tant que soignants, ce qui vient modifier nos interventions habituelles est la spécificité de « la rencontre par téléphone » qui demeure une rencontre virtuelle, car nous ne rencontrons pas les appelants et nous ne nous substituons pas à l'offre de soin existante.

Comment définir cette forme de pratique clinique par téléphone? L'un des points communs à toutes les pratiques autour des formes de soutien psychologique par téléphone est, tout d'abord, d'exploiter les possibilités offertes par un simple appel dans un but d'information plus ou moins préventive, de soutien ou encore d'aide directe au bénéficiaire des personnes en difficulté ou de leurs proches. La particularité de l'équipe hospitalière de *Live* est de proposer une évaluation clinique fondée sur une écoute professionnelle et engageante³. L'espace de l'entretien par téléphone est pensé comme un lieu où peut se déployer tout ce qui touche le patient, dans une écoute bienveillante et inconditionnelle. La clinique par téléphone exige une réponse non programmée, sans prise de rendez-vous, ni de pauses établies : au moment où nous décrochons le téléphone, une demande, avec une infinité de possibles, nous est adressée et nous engage. Aide, soutien, écoute, conseil : nous créons une réponse ajustée au plus près de ce que nous avons compris de la demande formulée ou implicite. Associée 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.

Les missions de la plateforme se concentrent autour du « pivot » : évaluation, orientation, engagement. Ainsi, il nous importe de prendre le temps d'écouter la souffrance exprimée et de repérer la demande, qu'elle soit explicite ou implicite. Cette dernière est évaluée, plus spécifiquement son urgence ainsi que sa complexité. L'orientation est pensée en fonction de la demande, des soins déjà existants, des possibilités personnelles pour le demandeur et des possibilités contextuelles. L'engagement désigne la volonté d'apporter une voire plusieurs propositions, d'accompagner vers les interlocuteurs en prenant le temps d'appeler et de relayer.

Ce dispositif *a priori* non engageant pour l'utilisateur⁴ permet la rencontre avec un professionnel en santé mentale qui peut ainsi devenir une « passerelle » vers une reconnaissance de sa souffrance et de sa légitimité. ▶

Apprendre à raccrocher

Lors de la création de la ligne d'écoute de pair-aidance portée par l'association Espairs¹ mise en place lors du premier confinement de mars 2020 en lien avec la crise sanitaire COVID-19, j'ai été sollicité, en tant que pair-aidant², pour venir en soutien aux pairs-aidant-e-s professionnel-le-s de l'association en position d'écoute. Un support extérieur par un pair s'est avéré nécessaire, notamment pour l'animation d'intervisions (en complément des supervisions avec une psychologue déjà existantes) et de la transmission d'outils.

L'importance de son vécu et de ses expériences

En tant que pair-aidant, ce qui m'anime, c'est de créer du lien, de l'entraide, d'amener les personnes à trouver ce qui les aide – autant personnellement que professionnellement –, de transmettre des outils... Cette entraide entre pairs m'a sauvé en hospitalisation; elle fut quasi absente lors de ma formation d'éducateur spécialisé et m'a cruellement manqué lors de ma formation de médiateur de santé pair. J'ai recherché ensuite des outils pour gérer les situations les plus complexes. Il m'est apparu nécessaire de les appliquer dans le cadre de ma propre expérience afin d'aider informellement mes ami-e-s, mes pairs en détresse, *in real life* ou en ligne.

En tant que pair-aidant-e, comment faire pour poser des limites, se préserver, aider sans s'écrouler? Comment faire pour tenir dans la durée, pour ne pas se sentir (trop) dépassé-e? J'ai appris avec le temps à faire attention à moi, à connaître mes forces et mes limites, à savoir (plus ou moins) dire « non » ou « stop ». J'ai aussi observé ce qui m'aidait – ou pas – lorsque je faisais appel à des lignes d'écoute ou lors de rendez-vous médicaux.

Novice dans l'animation d'intervisions avec ce type de groupes, il m'a semblé important que les personnes pairs-aidant-es *in situ* puissent partager leurs ressources, mais aussi qu'elles apprennent à connaître leurs forces et leurs limites, leurs stratégies ainsi que leurs façons de faire – c'est en tout cas, en me mettant à leur place, ce que j'aurais souhaité. Dans ce cadre, la communication et le soutien mutuel me sont

apparus nécessaires, alors même que les personnes ne se voyaient presque jamais en face à face, travaillant certes dans un local commun, mais chacun-e dans son bureau, au téléphone, avec un masque et l'indispensable distanciation physique.

Écouter et raccrocher : épreuves et spécificités

Les interventions ont permis aux pairs-aidant-e-s d'échanger autour des sujets et des situations sur lesquels chacun-e était plus à l'aise ou au contraire en difficulté lors des appels. Furent, par exemple, abordés les sujets suivants : la gestion d'une crise suicidaire, les problématiques de bipolarité, d'addictions, de violences conjugales ou tout ce qui a trait à la protection de l'enfance, avec des personnes plus ou moins jeunes. Le moment où l'on raccroche le combiné et met fin à l'appel a pu mettre en difficulté certain-e-s écoutant-e-s. Ce moment précis a en effet été une source de questionnements et n'a pas été simple à gérer. En effet, les pairs-aidant-e-s travaillent avec eux-elles-mêmes et ce qu'ils-elles sont. Le risque est qu'ils-elles puissent se considérer comme de mauvaises personnes et non comme de mauvaises professionnel-le-s, qui bénéficient, théoriquement, d'un cadre qui les sécurise et les protège, en tant que personne.

En tant que pair-aidant-e, écouter peut constituer un exercice difficile, notamment lorsque certaines thématiques sont abordées ou lorsque l'on entend de la souffrance, qui peut faire écho à notre propre expérience ou souffrance. De plus, comment fait-on pour prendre soin de soi lorsque l'on vient de vivre un appel éprouvant³?

Le fait d'échanger autour de ce sujet nous a permis, tout d'abord, d'écouter les réponses et les différentes stratégies appliquées par les écoutant-e-s. Cela a participé à créer du lien dans le groupe et a amené les écoutant-e-s à échanger entre eux-elles. Nos échanges nous ont également permis de faire prendre conscience aux écoutant-e-s qu'ils-elles ne sont pas les seules personnes gravitant autour de celle qui est au bout du fil et, surtout, que le fait de mettre fin à un appel ne signifiait pas qu'on lâchait ou que l'on abandonnait la personne.

Ces réflexions ont rappelé l'importance pour les pairs-aidant-e-s en position d'écoute à réussir à passer le relais. Il s'agissait donc pour eux-elles de trouver d'autres ressources humaines, des stratégies, des outils, permettant à la personne de ne pas se retrouver « seule » après un appel et, pour les écoutant-e-s, de se sentir moins « responsables » de la personne qui les appelle. En effet, les écoutant-e-s ne sont pas à l'abri de se trouver dans un état de mal-être similaire à celles qui appellent. Nos échanges nous ont donc aussi permis de rappeler que, dans ce contexte, le cadre d'écoute doit être posé par l'écouter-e lui-elle-même et que ce cadre se crée justement en travaillant *sur* et avec soi-même. Dans ce sens, pour pouvoir écouter et accompagner une personne dans de bonnes conditions, il faut d'abord pouvoir prendre soin de soi. ▶

1 Espairs est une association de pairs-aidant-e-s professionnel-le-s. Quatre axes y sont développés, soit : l'accueil, les permanences, les ateliers, les actions spécifiques aux côtés des professionnel-le-s et le soutien individuel. www.espairs.org

2 En tant que pair-aidant professionnel, je travaille actuellement au centre-ressource réhabilitation (CRR) de Lyon (69) et plus particulièrement sur les études et les projets des directives anticipées en psychiatrie (DAiP) et termine l'étude de l'Observatoire du rétablissement (OR), financés par la Fondation de France.

3 Prendre une vraie pause, dessiner, appeler quelqu'un, regarder une vidéo, écouter de la musique, boire un thé, marcher, se mettre de la crème sur les mains ont été des solutions qui ont pu émerger lors de nos échanges.



Être médiatrice-pair et soutenir le pouvoir d'agir des personnes en situation de migration

Début 2020, L'espace, lieu d'accueil, d'échange et d'expression ouvert aux personnes concernées par la migration, a ouvert ses portes pour sa première année à Villeurbanne, commune limitrophe de Lyon (69)¹. Les personnes peuvent y trouver un moment pour échanger, se divertir, s'exprimer autrement (à travers les dessins par exemple), ou tout simplement se reposer... C'est un binôme de professionnels composé d'un psychologue et d'un médiateur-pair qui encadre et anime l'endroit. Je suis, pour ma part, médiatrice.

Proposer un espace de rencontres

Dans ce lieu, concrètement, nous pouvons échanger avec les personnes, autour d'un café, sur les réussites, les problèmes personnels, le pays d'origine, le parcours de migration, des souvenirs heureux... Nous offrons un « espace de sécurité » et d'écoute personnalisée, où chaque personne qui le souhaite peut, entre autres, exprimer ses souffrances et poser toutes ses questions. Il nous tient à cœur de fournir aux personnes que l'on accueille un maximum d'outils² pour faire face à des vécus difficiles. Nous avons constaté qu'au regard des épreuves traversées, il était primordial qu'elles puissent retrouver un sentiment de sécurité, mais aussi recréer du lien afin de ne pas se sentir seules.

Mon expérience est au service de la rencontre. Ma trajectoire personnelle est marquée par la migration, mes formations en soutien psychosocial et mon expérience en milieu humanitaire. Je parle également plusieurs langues, dont l'arabe et l'anglais. Je suis sensible aux « codes culturels » des personnes que j'accueille. Arriver dans un pays, sans attache, est une véritable épreuve. « Nous » avons besoin d'espaces et d'échanges désindexés des démarches administratives et d'un lieu, aussi, dans lequel le fait d'être une personne en situation de migration n'est pas un facteur d'exclusion. Le public accueilli se représente mon expérience comme un modèle à suivre, un exemple de migration réussie, inspirant.

Une écoute active et positive

L'espace est un lieu où peuvent être déposées les souffrances du passé et du présent, les inquiétudes concernant l'avenir. L'écoute se veut inconditionnelle : les personnes ont la possibilité de parler, d'exprimer leur souffrance et de poser toutes leurs questions (généralement en lien avec leur parcours d'intégration) si elles le souhaitent. Mon objectif, en tant que médiatrice, est de maintenir une ambiance « sécurisante » pour que les personnes puissent parler sans avoir peur d'être jugées.

Je suis à l'écoute des besoins : j'écoute de manière active et bienveillante pour partager les expériences, échanger sur les mécanismes d'adaptation. Parler dans

sa langue natale permet de « briser la glace » et favoriser l'échange. La personne a toujours la liberté de choisir ce dont elle veut discuter et les activités qu'elle veut pratiquer. Parfois, avec un regard rassurant et un sourire « motivant », je permets au silence de s'installer et laisse ainsi le temps à la personne de s'exprimer, sans jugement.

Je peux également me positionner dans une démarche proactive lorsqu'une relation de confiance est établie avec les personnes. Il m'arrive donc souvent de leur dire : « *Je reviens vers toi pour ta demande de trouver un psy parlant anglais* » ; « *Je suis toujours à la recherche d'un psy, je ne vous ai pas oubliée!* » ; « *Vous m'avez parlé d'un cours de français... Je veux partager cette info avec les autres à personnes qui fréquentent L'espace pour qu'elles en profitent.* » L'un des objectifs de L'espace est également de favoriser l'entraide, notamment pour répondre aux problématiques liées à la santé mentale et même à la vie sociale que rencontrent les personnes accueillies. Nous portons une attention particulière au fait d'apporter un soutien psychosocial, renforçant le pouvoir d'agir des personnes.

Être une femme migrante

Je suis une femme syrienne chrétienne assyrienne. J'ai grandi en Syrie où cohabitent une diversité de religions, d'ethnies, de partis politiques. Grâce à mon éducation familiale, j'ai pu me sentir libre de m'exprimer comme je le souhaitais malgré le contexte politique. Issue d'une société patriarcale, je suis, en tant que femme, attachée aux valeurs d'égalité et d'indépendance qui sont pour moi essentielles. Mon histoire personnelle m'a permis d'accepter les différences. Aujourd'hui, je suis considérée comme une « femme émancipée » par les personnes « de ma culture ».

L'espace est majoritairement fréquenté par des hommes. À mon égard, certains sont curieux et se questionnent : comment a-t-elle trouvé ce travail? comment peut-elle nous soutenir alors qu'elle est comme nous? D'autres ne veulent pas échanger à cause de préjugés qu'ils ont sur les femmes indépendantes et autonomes et m'interrogent. « *Est-ce que tu es mariée?* » À cette question, je préfère répondre « oui », car dans l'esprit de certaines personnes, les femmes peuvent être autonomes uniquement lorsque leur mari est d'accord. « *Es-tu musulmane ou chrétienne?* » On me demande aussi parfois si je suis pratiquante. Je réponds par la négative même si je partage que la religion peut être une ressource et peut remonter le moral. J'ai d'autres ressources que je peux aussi partager. Finalement, la question qui se pose avec les personnes que j'accueille est comment concilier au mieux la culture française et sa culture avec sa langue d'origine? ▶

¹ L'espace a été hébergé dans les locaux de L'Autre Soie à Villeurbanne (69), du 15 janvier au 15 octobre 2020 sur quatre demi-journées par semaine. En 2021, il déménage dans d'autres locaux à proximité et est ouvert six demi-journées par semaine. Un espace « virtuel » est aussi proposé. Les informations sont disponibles sur le site internet de l'Orspere-Samdarra.

² Ateliers psychosociaux, médiation artistique...

Écoute et interprétation médicale et sociale dans l'entre-deux

L'interprète médical et social prête sa voix pour rendre possible l'accès aux soins, aux droits, à l'information, à la prévention et à l'écoute. L'usage de la langue maternelle comme vecteur de communication va favoriser l'émergence du sujet dans sa globalité et sa complexité, autoriser le déroulement d'une parole étrangère tout en étant compréhensible avec l'aide de l'interprète. Pour ce faire, l'interprète va ajuster son écoute à chaque situation au sein de multiples contextes.

Dans le contexte social, la personne allophone exprime souvent une demande concrète, précise, claire¹. En face, le professionnel a aussi des propositions explicites qu'il va formuler de façon plus distanciée et administrative. L'interprète est concentré sur les demandes énoncées par chaque partie; grâce à une écoute attentive, dans le souci de restituer les propos avec précision et clarté, il contribue à un échange pour rendre la rencontre fructueuse.

AU-DELÀ DES MOTS, IL S'AGIT DE TRADUIRE LA DOULEUR, L'ABSENCE ET LA PERTE

Lors d'un entretien avec une assistante sociale pour s'enquérir de leur demande de logement social, M. et M^{me} Yossi² laissent éclater leur colère. Le couple vit avec quatre enfants dans un deux-pièces insalubre. Ils n'ont plus d'intimité et l'attente pour l'obtention d'un logement décent devient insupportable. Soudainement, M^{me} Yossi éclate en sanglots, comme envahie par un flot d'émotions. Des souvenirs de sa vie antérieure viennent bousculer la réalité difficile du moment. Elle parle de sa maison spacieuse, de la fuite et de l'abandon de son chez-soi, de la perte de sa terre, de l'appauvrissement : « Je n'ai pas choisi d'être ici, vous m'avez accueillie alors accueillez-moi dans la dignité! Vos animaux sont mieux traités que nous! »

La fidélité de restitution des propos ne peut-être mécanique. Cette parole douloureuse à laquelle est confronté l'interprète exige une reconnaissance celle de l'« Autre » dans son « altérité³ ». L'écoute nous place dans ce face-à-face avec ce « visage qui parle », qui interpelle, qui montre le sens de la responsabilité infinie envers « Autrui ». Au-delà de la demande sociale émerge le besoin pour la personne allophone d'être reconnue dans son identité d'être humain, d'entrer en interaction avec le professionnel afin que s'instaure une véritable rencontre. L'interprète travaille à ce que les deux parties acceptent de perdre de leurs attributs pour que le lien se noue.

M^{me} Essaydi a perdu son conjoint et deux de ses enfants au cours d'un tragique accident de la circulation. Elle-même blessée, elle n'apprend leur décès qu'à l'issue de sa sortie de l'hôpital. Elle développe alors un fort sentiment de culpabilité.

Le drame n'est pas récent puisque l'accident remonte à cinq ans, mais visiblement les plaies demeurent béantes et le travail de deuil reste à faire. Lors de la première séance de psychothérapie, l'interprète prend connaissance du drame à travers des paroles entrecoupées de longs silences et de pleurs ininterrompus. La verbalisation de la souffrance par la patiente se fait avec beaucoup de difficultés. L'émotion de l'interprète empêche de traduire sur le champ ses paroles. Ce face-à-face avec la souffrance et le deuil, même s'ils ne concernent pas personnellement l'interprète, a provoqué sur le moment un sentiment de fragilité.

Ici la traduction est double : au-delà des mots, il s'agit de traduire la douleur, l'absence et la perte. L'interprète est dans une écoute ouverte pour se rapprocher de l'affectivité de l'autre, une écoute attentive au registre émotionnel, bienveillante, qu'il signifie par son visage, sa gestuelle et la posture de son corps en entier⁴. La posture de l'interprète ne signifie pas qu'il devienne un « conseiller », y compris dans des situations délicates.

Lors d'une consultation en psychiatrie, un jeune homme agité et tenant des propos confus se voit proposer par le médecin une hospitalisation en psychiatrie. Le patient s'adresse alors directement à l'interprète pour connaître son avis sur la proposition qui lui est faite. L'interprète répond qu'il n'est pas apte à juger de l'offre du médecin et qu'il doit lui faire confiance. Le jeune homme insiste et redemande à l'interprète si cette solution est la meilleure pour lui. Celui-ci fait part au médecin des inquiétudes et questions du malade. Le médecin tente alors de le persuader du bien-fondé de cette hospitalisation.

À travers ce témoignage, l'interprète est dans une écoute neutre et impartiale. Il s'abstient d'interférer dans cette rencontre. Il doit garder la distance nécessaire et cependant faire que la distance qui sépare le patient du médecin soit parcourue. À cet instant, faire naître la confiance se pose comme le principe fondamental dans cet échange.

Enfin, en consultation médicale et lors de l'hospitalisation en particulier, quand le patient est immobilisé et en position allongée, le corps apparaît dans sa « nudité ». Dans ce face-à-face intime avec le malade, l'échange de la parole revêt encore plus d'importance. L'interprète, par son écoute, devient le dépositaire privilégié d'un état d'âme, d'une souffrance et d'une vulnérabilité. Par le regard, la voix et parfois le geste, l'interprète signifie au patient qu'il n'est pas que ce corps malade. L'éthique s'impose alors comme le fondement même de ses actes. L'interprète médical et social, par sa présence, facilite la reprise d'un dialogue fécond, initialement empêché par la barrière linguistique. Dans l'espace d'un entre-deux, il fait passer le lien, ses transmissions, ses traductions. Identifier cet entre-deux lui offre un espace de travail propre où, tout en étant attentif à chaque partie, il ne s'y perd pas dans l'une ou l'autre. De cette rencontre et cette interaction naît la dimension du nouveau, du commencement, de la confiance et du respect mutuel. ▶

¹ Logement, accès à une couverture médicale, aides spécifiques...

² Les noms des personnes citées dans cet article ont été anonymisés.

³ Le philosophe Emmanuel Levinas a développé une pensée autour de « l'Autre, Autrui », l'autre comme différent de soi et pourtant le même que soi, alliant unité de l'Homme et pluralité des cultures. Levinas, E. (1990). *Altérité et transcendance*. Le Livre de Poche.

⁴ Emmanuel Levinas parle de se « vider de soi pour accueillir l'autre ».

L'expérience *Boca de Rua* : porter les voix des personnes sans domicile fixe



1 Extrême sud du Brésil.

2 « Bouche de rue ».

3 Entretien avec Rosina Duarte, l'une des créatrices du journal *Boca de Rua* et membre de l'ONG Alice. Dafol, C. (réalisatrice). (2020). *De olhos abertos* [film documentaire]. Production Alice - Agência livre para informação cidadania e educação.

4 Le numéro zéro du journal *Boca de Rua*, intitulé « Voix de personnes invisibles » [*Vozes de uma gente invisível*], a été publié à l'occasion du premier Forum social mondial de Porto Alegre, en janvier 2001.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Retrouver le journal *Boca de Rua* et suivre ses actualités sur leur site internet et *via* leur page Facebook.

À VOIR..

Dafol, C. (réalisatrice). (2020). *De olhos abertos* (*Les yeux ouverts*) [film documentaire]. Production Alice - Agência livre para informação cidadania e educação.

Boca de Rua¹ est un journal intégralement élaboré par un groupe de sans domicile fixe de la ville de Porto Alegre². Reconnu internationalement, il est vendu aux feux rouges et sur les trottoirs par ses propres rédacteurs, dont il représente la principale source de revenus. En outre, il répond surtout à des demandes plus profondes de dignité, invitant à une réflexion sur l'importance de l'écoute pour l'estime de soi et l'insertion sociale.

Une prise de conscience

L'ONG Alice défend depuis plus de vingt ans la liberté d'expression et le droit à la communication des populations marginalisées. Loin des logiques de charité, elle n'avait aucune prétention, en fondant le journal, à donner une solution aux problèmes de logement, de santé ou d'assistance sociale qui atteignent les sans domicile fixe. « *L'idée était simplement de faire un journal! Un pont de communication entre des gens qui ont une maison et des gens qui n'en ont pas* », explique Rosina³, idéaliste du projet. Un défi apparemment modeste, mais qui part d'un constat flagrant : quand les médias traditionnels s'intéressent aux problématiques du monde de la rue – ce qui est déjà loin d'être fréquent –, ils donnent plus facilement la parole à un « spécialiste » universitaire qu'aux principaux concernés par ces questions.

En se faisant maîtres de leur propre journal, les rédacteurs du *Boca de Rua* s'octroient un droit de réponse face à une société qui, quand elle ne les ignore pas, les étudie comme un problème à résoudre. L'objet devient sujet. Du rédacteur au lecteur, le discours est unilatéral et exige au minimum le respect, sinon l'empathie. Du vendeur à l'acheteur, la relation est équitable, le regard est dans les yeux, le dialogue est rendu possible.

Une famille de la rue

L'équipe du *Boca de Rua* est un groupe hétérogène et fluide d'une trentaine de membres. Pour en faire partie, il suffit d'en exprimer la volonté et d'être présent tous les mardis aux réunions de rédaction. Au cours de ces rencontres, l'écoute occupe une place centrale. D'abord, parce que l'élaboration du journal, depuis le choix des

sujets jusqu'à la révision des textes, passe par une méthodologie entièrement orale : les thèmes sont discutés collectivement et de ces conversations émergent les articles, sous la plume de collaborateurs bénévoles jouant le rôle de greffiers. Ensuite, parce que ces réunions hebdomadaires ne se limitent pas à une nécessité de production : elles sont un espace d'échange, d'amitié, de confiance, d'accueil inconditionnel. Vingt ans de persévérance ont créé des liens presque familiaux entre les (très) différents participants du projet, renversant les barrières sociales et les conventions traditionnelles d'un lieu de travail. Le groupe du « Boca » est une famille qui ne se préoccupe pas du passé, qui écoute sans porter de jugement, qui donne toujours une deuxième chance.

Une voix citoyenne

Au fil des ans, le groupe a aussi défini par lui-même son organisation interne. Au cours des réunions, tout le monde a le droit de s'exprimer, à condition de s'inscrire et d'attendre son tour pour parler. Toutes les décisions sont débattues puis votées à main levée. Certaines situations récurrentes ont même permis la rédaction d'un certain nombre de règles et de sanctions, décidées et révisées tous les ans par le collectif lui-même, et indépendantes des lois brésiliennes ou des normes sociales. Ce règlement est presque toujours respecté, malgré son exigence et la dure réalité du monde de la rue : tous parviennent, par exemple, à se présenter sobres et ponctuels aux réunions, alors que la plupart vivent sans montre, n'ont aucun accès aux transports publics et ont habituellement une consommation élevée de drogue et d'alcool. Aussi importante que son résultat, l'élaboration même du journal est donc un moment constructif de citoyenneté, d'un espace autonome en marge de la société, où il est permis de (se) réinventer. Il va sans dire qu'une telle émancipation se reflète dans les contenus proposés. Car le *Boca de Rua* n'a aucune vocation neutralité : il assume sa subjectivité, dénonçant les violences policières et les négligences des pouvoirs publics, bataillant pour être vu et entendu là où l'écoute fait souvent défaut.

Les échos du cri

Vingt ans après le lancement de son premier numéro⁴, la notoriété du « Boca » dépasse largement les quartiers de Porto Alegre où il est vendu. Présent sur les réseaux sociaux, on ne compte plus les articles et les travaux universitaires qui s'y sont intéressés, ni les séminaires où ses membres ont été invités, et un documentaire a récemment partagé son histoire dans une dizaine de festivals internationaux. L'effet d'une telle reconnaissance est incommensurable pour des individus dont sont fréquemment reniés les droits les plus fondamentaux. Il aboutit même à une certaine contradiction dont l'ONG Alice ne peut que se féliciter : si l'ambition de départ du projet était « *simplement de faire un journal* », nombreux sont les journalistes du *Boca de Rua* qui ont aujourd'hui retrouvé un toit, renoué avec leurs familles et/ou repris un accompagnement médical. ▶



Charlotte Dafol

Née en France et enracinée en Amérique du Sud, "Cha" Dafol est cinéaste, photographe, auteure et musicienne, fabricante de *cachaça* et vendeuse sur des marchés bio. Entre 2009 et 2012, étudiante en Histoire, elle produit et réalise ses premiers courts-métrages de fiction et écrit *Pietro Germi et la comédie à l'italienne : Cinéma, satire et société* (L'Harmattan, 2012). Au Brésil, depuis 2013, elle collabore avec des médias associatifs et participe à des mouvements d'occupation urbaine. En 2018, elle expose à Paris et publie dans la revue *Vacarme* un reportage photographique d'un an sur la lutte pour le droit au logement de la communauté *Povo sem medo* de Rio de Janeiro. En 2020, elle signe son premier ouvrage en portugais, *Como num romance [Comme dans un roman]* (Libretos, 2020), recueil de chroniques inspirées par la société carioca. *Les yeux ouverts [De olhos abertos]* est son premier long-métrage documentaire. Produit par l'ONG Alice, qui défend le droit à la communication des populations marginalisées, il relate l'expérience d'un groupe de sans domicile fixe qui écrit et vend son propre journal dans la ville de Porto Alegre (Sud du Brésil). Encore inédit en France, le film a déjà été sélectionné dans une quinzaine de festivals internationaux.

Photographies de certains membres du collectif Boca de Rua, issues du film documentaire Les yeux ouverts (2021), publiées dans ce numéro Rhizome : Bianca (p. 1), Eduarda (p. 3), Anderson (p. 5), Rosina et Jorge (p. 7), Paulo Ricardo (p. 8), Edisson (p. 11), Alessandra (p. 12), Jorge (p. 16), Alex (p. 19), Kimba (p. 20)

www.opidafol.eu; Facebook/Instagram : Cha Dafol
www.deolhosabertos.com

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

79

Ce numéro de *Rhizome* interroge ce qu'est l'écoute, en particulier en réponse à la souffrance psychosociale. Il expose différents « visages » de l'écoute, qui sont autant de manières de la pratiquer que de personnes concernées par cette écoute. Des intervenants sociaux, chercheurs, professionnels du soin, pair-aïdants, interprètes, présentent leur réflexion sur cette activité fondamentale. Qu'elle soit formalisée dans des lieux dédiés, téléphonique, psychologique, l'écoute est une activité souvent promue, mais rarement caractérisée, ce que ce numéro ambitionne de faire.

Rhizome est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la direction générale de la Cohésion sociale.

Directeur de publication :

Nicolas CHAMBON

Assistante de rédaction :

Natacha CARBONEL

Comité de lecture :

Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)

Élodie GILLIOT, psychologue,

LPN, Université Paris 8, Orspere-Samdarra (Lyon)

Comité de rédaction :

Jean-Marie ANDRÉ, professeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) (Rennes)

Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Élus, santé publique et territoires » (ESPT) (Paris)

Arnaud BÉAL, psychologue social, GREPS (Lyon)

Pascale ESTECAHANDY, médecin, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) (Paris)

Benoît EYRAUD, sociologue, Centre Max-Weber (Lyon)

Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)

Jean-François KRZYZANIAK, membre du Conseil national de santé mentale (CNSM) (Angers)

Christian LAVAL, sociologue (Lyon)

Antoine LAZARUS, président de l'Observatoire international des prisons (OIP) et professeur de santé publique (Paris)

Édouard LEAUNE, psychiatre, CH Le Vinatier (Lyon)

Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)

Fidèle MABANZA, poète, formé à la philosophie (Villefontaine)

Jean-Pierre MARTIN, psychiatre, CH Sainte-Anne (Paris)

Alain MERCUEL, psychiatre, CH Sainte-Anne (Paris)

Éric MESSENS, directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)

Marie-Noëlle PETIT, cheffe du pôle Avignon Nord, CH de Montfavet (Avignon)

Roman PÉTROUCHINE, pédopsychiatre, Orspere-Samdarra (Lyon)

Bertrand RAVON, professeur de sociologie, Centre Max-Weber (Lyon)

Aurélien TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)

Nadia TOUHAMI, aumônière des hôpitaux (Marseille)

Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :

Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier
 95 bvd Pine1, 69678 BRON CEDEX
 04 37 91 53 90

orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Création, réalisation et relecture :

Mariane BORIE

Direction artistique et maquetage :

Manoël VERDIEL

Dépôt légal : 2302

ISSN : 1622 2032

N° CPPAP : 0910B05589

Tirage : 5 000 exemplaires



Abonnement :

Vous pouvez vous abonner à la version numérique ou papier sur le site de l'Orspere-Samdarra.

L'Orspere-Samdarra, observatoire « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », fondé en 1996, est hébergé par le centre hospitalier Le Vinatier à Lyon.

Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, psychiatre, et est animé par une équipe pluridisciplinaire. Composé d'un pôle recherche et d'un pôle ressource, ses actions se destinent

tant aux professionnels qu'aux personnes concernées par la vulnérabilité sociale ou psychique, qu'aux décideurs. *Rhizome* est éditée par l'Observatoire depuis 2000.

