

1. Éditorial : *Ph. Delaplanche* et *X. Mersch*
2. Un souffle nouveau en psychiatrie, soirée du 21 février 2013,
Dr Jean Laviolle
4. Neurosciences et hallucinations auditives
Gisèle & Jean Laviolle
6. Fratrie et succession, quel héritage pour les frères et sœurs ?
Dr Jean Laviolle
7. A l'hôpital, je me suis formée à me prendre en mains.
Témoignage de Marthe
8. Nous avons lu pour vous
 - *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement* sous la direction de Marie-Rose Moro
par M Cl Charlès
 - *Un héros* de Félicité Herzog
par Pierre Sarreméjean

Chers amis

Il y a un peu plus de trois ans que Françoise Renaud m'a confié la délégation des Yvelines.

Le Conseil de l'Unafam réuni autour de Philippe Charrier, son nouveau président national, a suivi la proposition du Bureau de notre délégation : **Xavier Mersch** a été nommé président-délégué de l'Unafam-Yvelines à compter du 16 mars. C'est avec grand plaisir que je lui transmets une délégation vivante, agissante, diverse. Je lui souhaite d'être heureux dans cette tâche au service de nos proches.

Je voudrais tous vous remercier, adhérents, bénévoles et partenaires, qui avez contribué à faire ce qu'est notre délégation aujourd'hui.

Enfin, je vais pouvoir me consacrer à l'antenne de Saint-Nom Plaisir ! Evidemment, je reste à la disposition de Xavier et de vous tous pour apporter l'aide que vous pourrez souhaiter. Merci encore, et bon vent à l'Unafam-Yvelines.

Philippe Delaplanche



Continuons ensemble notre chemin

C'est un sentier rocailleux dans la montagne, il monte, nous y marchons ensemble ; quand il tourne, nous nous demandons : comment sera le nouveau paysage derrière ce flanc de montagne ?

Autour de Françoise Dugert, de Françoise Renaud, puis de Philippe Delaplanche, notre Délégation des Yvelines a bien marché, bien grimpé avec énergie, sans hésiter à innover : multiplication des contacts avec nos partenaires ; soutien aux démarrages de GEM, opérations *Percez la Bulle* dans les hypermarchés, diffusion du *Carnet de route* pour accompagner les familles, soirée théâtrale interactive *Le yoyo de l'espoir* à Vélizy, Colloque *Parcours de vie, parcours de soins* à Montesson, création d'un Groupe de conjoints, enquête sur la diminution des hospitalisations grâce aux GEM. En février, la soirée sur les *Pratiques innovantes dans les hôpitaux des Yvelines* s'est déroulée devant une salle comble.

Un changement de présidence est une occasion pour remercier tous ceux qui, autour de Philippe, ont grimpé avec nous ; il est aussi le moment où l'on jette un coup d'œil derrière le flanc de la montagne pour regarder devant nous : comment aiderons-nous au mieux toutes les familles qui nous disent : "*Continuons à monter, continuons ensemble notre chemin.*"

Xavier Mersch

Un souffle nouveau en psychiatrie !

Soirée Unafam du 21 février 2013 à l'hôpital Mignot

Quatre équipes de professionnels de santé nous ont présenté de nouvelles pratiques mises en place dans leur service. Toutes ont en commun le projet d'aider le sujet malade à devenir plus acteur de ses soins.

◆ L'Unité de crise et de négociation de soins du pôle de Mantes par le Dr Marie Josée Cortès

En 2008, les équipes de deux Secteurs psychiatriques quittent l'hôpital de Bécheville pour venir s'installer à l'hôpital général de Mantes avec le projet d'y créer un centre de crise. Comment ne pas « *louper la rencontre en situation chaude* » dans un tel centre, pour construire ensemble un projet de soins ?

Il n'est déjà pas facile de demander des soins psychiatriques pour soi-même, encore moins pour un proche : « *N'oublions pas que nos clients ne connaissent pas le mode d'emploi de la psychiatrie.* »

La confiance au sein de l'équipe doit permettre de diminuer l'inquiétude en miroir du patient, de ses proches et des soignants.

Les patients nous disent « *Vais-je être interné ? Combien de temps ? On veut bien souffler un*

peu, une nuit ou deux, mais pas avec les fous. »

L'unité de crise est un service distinct des autres unités. Son architecture a été pensée **pour créer une ambiance rassurante** de type loft.

Comment procéder si une telle crise se reproduit ?

Les Belges ont essayé de mettre en place avec le patient des "directives anticipées" de soins. Il s'agit de discuter avec lui, à distance des moments difficiles, de ce qui pourrait être fait en cas de rechute. Réfléchir à la prochaine crise, c'est mettre en place une sorte de mémoire.

À Mantes, une équipe mobile d'intervention à domicile est mise en place, avec des moyens modestes pour l'instant, pour aborder la situation des personnes opposantes aux soins qui ne viendront pas consulter au centre.

◆ L'expérience de "Pair-aidant" par Philippe Brun - CMP de Saint-Cyr

Accompagné du Dr Robin, chef de service, M. Brun définit cette fonction de " **médiateur de santé pair** " Il s'agit d'une expérimentation, mise en place en 2012, sur deux ans : une année de formation universitaire, une année de pratique dans un service de soins. Deux conditions sont requises au départ : avoir vécu soi-même la maladie, être rétabli et autonome.

Les missions proposées :

- accompagner et soutenir les usagers sur le chemin de leur rétablissement,
- travailler avec les proches pour favoriser l'alliance et l'éducation thérapeutiques,
- aider par son action à la dé-stigmatisation des troubles psychiques.

Les personnes en soins sont informées du statut du pair-aidant. C'est une fonction où il faut parfois savoir dire non, pour tenir la bonne distance avec elles.

Deux exemples illustrent bien la façon dont le pair-aidant peut aider à la prise de conscience des troubles et leur acceptation par les malades :

- une personne en isolement thérapeutique, déniait ses troubles, refusant tout traitement, reçoit la visite du médecin et du pair-aidant qui lui dit « *Moi aussi je suis passé par là* », « *Toi aussi tu as pris les médoc ?* », « *Oui, moi aussi* » Au bout d'un moment, les troubles se calment et le traitement est accepté.
- Une femme ne venait jamais aux rendez-vous du Dr Robin. Après lui avoir expliqué son rôle, Mr. Brun lui propose de venir au CMP ... quand elle le désire ! Depuis ce jour, elle vient à tous ses rendez-vous.

◆ L'expérience d'accompagnement d'une patiente par Valérie Gestas, aidée par la remédiation cognitive - CMP de Rambouillet

Le **Dr Omnes**, chef du service de psychiatrie à l'hôpital de Rambouillet et un infirmier, M. Cédric **Serve**, précisent d'abord le cadre de cette approche. Valérie **Gestas** nous en donne ensuite un vibrant témoignage.

La remédiation cognitive essaie de compenser les déficits cognitifs là où les médicaments sont peu efficaces.

Un questionnaire détaillé est utilisé pour évaluer :

- les capacités d'attention, de mémorisation, d'apprentissage,
- la motivation possible et les besoins exprimés la perception de la réalité des autres (cognition sociale),
- les capacités d'auto évaluation.

Ce bilan partagé par l'équipe permet de :

- mettre des mots simples sur les difficultés rencontrées,
- améliorer l'image de soi (activités esthétiques) comparer les perceptions des troubles par le sujet, les proches, les soignants,
- évaluer l'évolution en cours à travers des actes quotidiens (la cuisine par exemple),
- mettre en place des activités adaptées, individuelles et en groupes.

Quelques extraits du témoignage de Valérie Gestas :



*« J'ai apporté mon point de vue sur les hallucinations avec d'autres patients et soignants ce qui m'a permis de me rendre compte que, **sans la pensée, la tête est comme une éponge absorbant les bruits, les images.***

*Maintenant surtout je veux savoir pour qui, pour quoi, comment, **donner un sens à ma vie.***

*Mais j'apprends, timidement encore hélas, à vivre avec mon cœur. Et si **je veux rêver d'un autre ciel et ouvrir mes ailes**, je n'oublie pas que je peux tomber aussi tant que la vérité sur la schizophrénie ne sera pas faite. »*

◆ Le "Centre expert schizophrénie" établit des bilans approfondis par le Dr Mathieu Urbach, Service du Pr Passerieux à l'hôpital Mignot

Ce centre, reconnu par la Fondation **FondaMental**, comme dix autres en France, a développé une véritable expertise en matière de bilans sur la schizophrénie. (www.Fondation-Fondamental.org)

Pour qu'une personne bénéficie d'un tel bilan, il faut qu'elle soit stabilisée et prête à suivre le protocole.

La bénéficiaire doit se trouver dans un moment privilégié : début de troubles, recherche de meilleurs soins, projet d'insertion professionnelle ; elle doit aussi s'engager dans un suivi sur trois ans, en lien étroit avec son équipe soignante déjà en place.

La demande est faite par le sujet, son entourage ou les soignants.

Un long entretien téléphonique a d'abord lieu avec l'intéressé au cours duquel est évaluée quelle conscience il a de ses troubles.

L'évaluation se fait ensuite sur cinq demi-journées durant lesquelles quatre bilans sont établis :

- un bilan général de santé,
- un bilan psychique : diagnostic de la schizophrénie et des troubles associés,
- un bilan psychologique : autoévaluation par le sujet, évaluation de et par son entourage,
- un bilan neuro-psychologique : capacités cognitives, facultés de communication et

Une synthèse complète des données est communiquée au psychiatre traitant, la collaboration avec lui est indispensable pour élaborer un projet de soins adapté.

d'adaptation.

Le Dr Urbach conclut : « **Le but de cette recherche est d'aider les gens à être libres.** »

Dr Jean Laviolle

Les techniques récentes d'exploration du fonctionnement cérébral permettent d'avancer dans la connaissance de sa physiologie et la recherche de compréhension des différentes pathologies, les hallucinations dans la schizophrénie en particulier. Les hallucinations acoustico-verbales (HAV) fréquentes dans la schizophrénie sont souvent associées à un sentiment de persécution.

1°) Il existerait des troubles de la perception du langage chez ceux qui souffrent de schizophrénie

Le Dr Light et son équipe, à l'université de San Diego (Californie), a comparé la façon de percevoir **des différences subtiles de tonalité dans le discours entendu** d'un groupe témoin et d'un groupe de personnes malades. Ils ont procédé à des enregistrements comparatifs d'électro-encéphalogramme (EEG) couplé à des techniques d'imagerie médicale informatisée (IRM), pour les sujets témoins (247) et les sujets malades (410).

Chez les volontaires sains, une réponse spécifique est observée en une fraction de seconde en réponse aux changements de tonalités sonores. Chez les patients atteints de schizophrénie, les chercheurs ont constaté que ce processus normal est perturbé. **Une activité réduite dans des régions particulières du lobe frontal se propageait rapidement à d'autres régions du cerveau qui sont le support de l'activation des réseaux de l'attention.**

Le Dr Light rappelle que : *'Les changements de ton dans un discours transmettent des informations complexes, y compris des nuances de signification émotionnelle et de contenu.'*

Il fait donc l'hypothèse que ce trouble de perception favorise une mauvaise compréhension des paroles de l'interlocuteur :



'Si le cerveau d'un patient ne traite pas de façon optimale l'information auditive, il ou elle peut passer à côté d'importants, mais subtils indices sociaux et autres informations critiques. Il ne peut pas reconnaître correctement le sarcasme ou l'humour qui est porté par des changements de hauteur dans la parole. Cela peut constituer un obstacle majeur à la réalisation d'un meilleur fonctionnement dans les relations sociales, l'école ou le rendement au travail et, finalement, limiter sa qualité de vie en général.'

Ces travaux recourent l'observation des troubles cognitifs liés à cette maladie. Ils en donneraient une des causes possibles.

www.sciencedaily.com

Article scientifique de novembre 2012

Traduit par Gisèle et Jean Laviolle

2°) Il existerait des modifications cérébrales chez les personnes qui présentent des Hallucinations Acoustico-Verbales (Dr Cachia et Plaze INSERM Paris)

Ces modifications cérébrales seraient :

- diminution de matière grise dans une partie du lobe temporal ;
- diminution des plis cérébraux dans les zones du langage, retrouvée chez des sujets ayant des hallucinations résistantes au traitement. Il est admis que ce plissement est un processus embryonnaire qui se produit à partir du 2^{ème} mois.

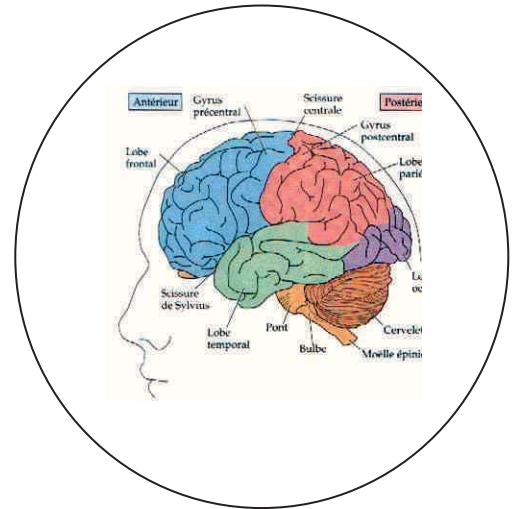
Comparées à des sujets sains, les personnes ayant des hallucinations internes (qui entendent des "voix" dans leur tête) et celles ayant des "voix" externes (qui entendent des voix à l'extérieur de leur

tête), ont des variations opposées du volume de la substance blanche au niveau de la jonction temporo-pariétale droite. Il s'agit d'une région clé dans la localisation des messages auditifs. Cela indiquerait un trouble de la maturation cérébrale survenu avant le troisième trimestre de la gestation.

Ces résultats plaident en faveur d'un modèle neuro-développemental de la schizophrénie impliquant **des troubles précoces dans la morphogénèse du réseau du langage**, en particulier au niveau du cortex cérébral.

3°) Quels liens possibles entre les réseaux du langage et les hallucinations ? (Dr Marzloff et coll. ; CHU Caen INSERM)

- Chez le sujet sain, la zone du langage est située essentiellement dans le cerveau gauche, cette latéralisation est moins nette dans la schizophrénie. Ce **défaut de latéralisation** est indépendant des médicaments psychotropes.
- Il existe une **"compétition" possible entre les Hallucinations Acoustico-Verbales et la stimulation acoustico-verbale** (musique, conversation), compétition confirmée par l'IRM. La musique avec des écouteurs apaise les HAV, constatation clinique ancienne !
La **région temporale moyenne gauche**, qui joue un rôle dans la prise de conscience du "discours intérieur" (phrases prononcées silencieusement) serait altérée sur un plan fonctionnel chez des personnes schizophrènes présentant des HAV. Cela pourrait entraîner un **"défaut d'identification"**; elles **percevraient comme externes des pensées intérieures et les ressentiraient comme des hallucinations venant de l'extérieur**.
- Il existerait aussi **une mauvaise connexion entre cette zone du langage et une partie du lobe frontal**, retrouvée uniquement chez les patients souffrant d'HAV, mais pas chez les autres, ni chez les sujets sains. Cela **accentuerait cette "erreur d'attribution"** du langage intérieur à une source extérieure.



4) Les thérapies de neuromodulation localisée (Dr Vernay et coll , CH Le Vinatier à Lyon)

Stimulation magnétique ou stimulation directe trans-crânienne, tirent leur efficacité sur les hallucinations rebelles du fait qu'elles tendent à rééquilibrer ces dysfonctionnements. Les premiers résultats et leur innocuité sont encourageants, la durée de l'effet clinique resterait cependant limitée, deux mois en moyenne.

Toutes ces recherches se rejoignent et nous confirment dans l'hypothèse d'un trouble multifactoriel, à début précoce sans doute embryonnaire, avec un retentissement anatomique et physiologique. Cependant les multiples facteurs déclenchants restent à préciser.

Campagne d'adhésion : Je signe,

je fais signer mes amis



Quel "héritage" pour les frères et sœurs ?



Hélène Davtian

Intervention d'**Hélène Davtian** et d'**Éliane Collombet** au café de l'École des Parents sur le thème "l'équité dans la fratrie", le 21/11/2012

Hélène et Éliane illustrent leurs propos en parlant de leur travail avec les jeunes proches (enfants ou frères et sœurs d'une personne malade). Il s'agit d'un groupe ouvert dans lequel les participants viennent, repartent, reviennent souvent, rarement, jamais ... Tout est possible dans ce mouvement de proximité et d'éloignement, d'identique et de différent qui définit la relation fraternelle ! L'absence aux réunions du groupe ne signifie ni l'oubli ni la négligence. Quand Hélène contacte une personne qui n'est pas revenue depuis longtemps, pour lui demander si elle souhaite ou non rester sur la liste des participants, la réponse est toujours affirmative ! Il existe une grande variété dans l'âge des participants de 10 à 60 ans



Eliane Collombet

Au sein d'une famille, la relation fraternelle est la plus longue et la plus ambivalente, partagée entre affection et rivalité. Il y a du même et il y a de l'autre dans chaque membre de cette relation. Qu'est-ce qui est semblable et qu'est-ce qui est différent ? Ce questionnement se complique quand cet autre est malade **La maladie accentue la différence de la différence entre frères et sœurs.**

Se pose aussi la question de la distance : faut-il, pour se protéger, s'éloigner de l'autre et de sa famille, puis revenir par rapport à cet autre identique et en même temps différent ?

Parler de succession ou d'héritage, c'est poser la **question de la transmission de la maladie** :

« Pourquoi lui et pas moi ? » C'est pourquoi l'étape importante de l'annonce du diagnostic concerne aussi les frères et sœurs et devrait être travaillée avec eux.

Le temps de la préparation de la succession peut être envisagé comme la dernière chance de réparer, **en présence des parents**, un sentiment d'injustice ou de manque d'équité.



MJ

Pour les frères et sœurs, il y a trois périodes de grande vulnérabilité :

- L'apparition de la maladie, souvent perçue précocement par la fratrie et insuffisamment verbalisée en famille.
- L'« héritage » de la prise en charge, quand les parents vieillissent ou disparaissent, pouvant imposer un "rapprochement" difficile.
- Le moment où leurs propres enfants atteignent l'âge auquel ont débuté les troubles du frère ou de la sœur malade. Il réactive les interrogations anciennes sur leur propre santé.

Les enfants prennent vite conscience de « ce problème d'héritage » et n'osent pas en parler aux parents.

Pour les parents, cet « après nous » est une question cruciale. Il existe donc de part et d'autre une hantise difficile à partager.

Comment l'aborder ?

Le partage dans les groupes de frères et sœurs, hors des circuits de soins, est une réponse possible. Ses points forts sont : le partage entre pairs, le caractère non obligatoire, la liberté de parole en présence d'un professionnel.

Nous avons l'obligation légale de nous occuper de nos parents, mais pas de nos frères et sœurs. Au niveau de la fratrie, y a-t-il une obligation morale ?

Une constatation importante : **quand on se préoccupe du bien-être de l'entourage familial, frères et sœurs en particulier, il existe un « effet collatéral » d'amélioration de celui du patient.**

Jean Laviolle

À l'hôpital, je me suis formée à me prendre en mains

A la suite d'une tentative de suicide, j'ai été hospitalisée au Pavillon Victor Hugo, du Centre hospitalier Théophile Roussel, à Montesson. Durant mon séjour qui a duré deux mois, j'ai été invitée à participer à diverses activités : relaxation, badminton, psychodrames, chant, arts graphiques, bibliothèque, séances de psychoéducation.

Ces séances de psychoéducation, proposées par une infirmière, avaient pour but de nous permettre de nous faire mieux connaître la maladie qu'est la dépression.



Nous avons eu **quatre séances**. La **première séance** fut consacrée à l'identification et à l'évaluation par nous-mêmes de nos malaises quotidiens. Par exemple : « *Je ne me sens plus dans mon état habituel.* » « *J'ai davantage de difficultés à me concentrer.* » « *Je prête moins d'intérêt à mon hygiène.* » « *J'ai peur d'entreprendre.* », etc.

Pour chacun de ces malaises, les participants pouvaient se situer sur une échelle marquée de zéro à dix. Nous constatons ainsi par nous-mêmes où nous en étions sur une courbe de variation d'humeur, comprenant quatre étapes successives :

- ✚ bonne humeur
- ✚ descente (tristesse)
- ✚ gouffre infini (désespoir)
- ✚ remontée vers le dialogue avec la vie et la bonne humeur.

Nous avons appris à analyser les caractéristiques de chacun de ces quatre états d'humeur, pour éviter de descendre de nouveau dans le gouffre du désespoir

La **seconde séance** portait sur « **le gouffre** » : chacun se situait sur une échelle de zéro à dix pour voir à quel niveau de dépression il se trouvait.

La **troisième séance** s'intitulait « **en chemin vers la guérison** ». Nous y apprenions comment remonter peu à peu la pente : le traitement, le courage de sortir, prendre la parole, répondre au téléphone, participer à des activités, demander de l'aide.

La **quatrième séance** « **renouer le dialogue avec la vie** » nous a fait découvrir comment utiliser plus pleinement nos capacités : m'investir dans une activité, travailler, préparer les repas, gérer mon argent et mes règlements de factures, faire des démarches administratives, habiter, ranger, ordonner, partager, reprendre contact avec mes amis et ma famille, préparer mes week-ends, m'occuper de moi, prendre soin de moi, me maquiller/me raser, faire du sport, etc. Une feuille d'évaluation vierge nous a été remise pour qu'une fois revenus chez nous, nous puissions « *prendre notre température* » et partager ce savoir avec quelqu'un de proche (ami/e, parent, conjoint...).

Cette personne proche peut alors nous aider par une remarque : « *Tiens, tu ne vas plus chez le coiffeur.* » « *Tu ne fais plus attention à toi.* » « *Est-ce que tu ne serais pas en train de replonger ?* »

Gâce à ce travail, je suis sortie de l'hôpital avec une « **boîte à outils** » qui va me permettre d'évaluer mes humeurs, et si possible de corriger par moi-même, et dans les cas où cela s'avère difficile voire impossible, de consulter avant de redescendre dans le gouffre de la dépression. À la fin de ces séances, l'infirmière nous a laissé pour notre réflexion future cette phrase :

« **Tout ce qui ne tue pas rend plus fort !** ».

En effet, maintenant que je connais mieux ma fragilité, je me sens plus forte.

Marthe

Troubles à l'adolescence dans un monde en changement, comprendre et soigner

Sous la direction de *Marie-Rose Moro*
Armand Colin, 240 p, 20€

Ces dix-sept chercheurs travaillent au sein de *Maisons des adolescents*. Aucune n'a la même structure et chacune s'adapte à la réalité de son terrain. Ce recueil d'expériences professionnelles témoigne de la multiplicité des situations rencontrées. Pour comprendre, soigner ou aider à soigner ces ados en souffrance, ces spécialistes mutualisent savoirs, propositions et questionnements, mettent en place des réseaux.



Pour aider à la construction de l'adulte en devenir, les encadrants doivent établir avec les adolescents des relations à la fois fermes et bienveillantes. Les auteurs invitent professionnels et parents à faire alliance dans l'intérêt des jeunes et insistent pour qu'une aide soit apportée à la

famille désorientée. Ils privilégient une prise en charge pluridisciplinaire, quand elle est possible.

Tentatives de suicide, mise en place des addictions à l'alcool, aux drogues ou aux écrans, phobie scolaire sont traitées avec des éclairages novateurs. Les auteurs soulignent l'importance des interrelations entre notre monde où les repères s'estompent et les adolescents. Monde paradoxal où, par le biais des écrans, l'image de soi se construit davantage par des avatars qu'en famille. Cependant, les réminiscences culturelles et littéraires subsistent parfois ; c'est le cas d'une jeune fille, Agnès, qui se découvre profondément à travers la symbolique du conte de Peau-d'âne.

« *À l'adolescence, tout est encore possible, il ne faut jamais renoncer* » proclament les auteurs. Je vous invite à partager cet espoir avec eux.

Marie-Claude Charlès

Un héros, *Félicité Herzog*

Grasset, 2012, 18 €

Le tapage médiatique provoqué par la parution de *Un héros* est dû surtout au règlement de comptes féroce de l'auteur avec son père. Bien plus que ses frasques sentimentales, elle ne lui pardonne pas d'avoir entretenu, après avoir vaincu le premier sommet de 8000m, un véritable mythe d'alpiniste héros national, en délaissant complètement sa famille.

Pourquoi donc citer ce livre dans CONSTRUIRE ? J'ai été doublement touché.

L'Annapurna premier 8000 a éveillé pour les jeunes de ma génération des vocations de montagnards, avec un enthousiasme, un goût du risque, l'esprit d'équipe, des modèles d'homme accomplis. Au delà d'une réalité discutée, même si l'image du héros a été mise à mal, le mythe m'a construit, je ne le renie pas : vivre avec la maladie est aussi une ascension.

À l'image du Dr Christine Janin, première femme vainqueur de l'Everest, s'adressant à des enfants atteints d'un cancer, qu'elle accompagne :

« *L'Everest, c'était mon obsession, mon idée fixe. Lorsque je l'ai atteint, j'ai été soulagée et pour ainsi dire guérie. Ton Everest, c'est ta maladie.* »

Dans deux très beaux chapitres, Félicité décrit sa relation avec le vrai héros du livre : Laurent, son

frère aîné, modèle inimitable, rival, complice dans l'adversité familiale, peu à peu rongé par la schizophrénie

Félicité voit les signes de plus en plus forts de la maladie psychique de son frère : « *Je n'aurais jamais pensé possible l'emploi par un être humain de ses ressources intérieures pour bâtir des constructions intellectuelles visant à la destruction de soi.* »

Les images de montagne reviennent : « *descendre d'un sommet le long d'un précipice abyssal.* » Elle nomme alors la schizophrénie, « *échec et mat au courage, à la mémoire, à la pensée* ». Suivent les démarches pour les hospitalisations sans consentement, les retrouvailles dans un service psychiatrique fermé. Décès brutal de Laurent, ultime conseil d'un médecin : « *Ne restez pas dans la monde des morts.* »

Aujourd'hui les deux héros du livre sont morts, la tempête médiatique a cessé.

Je retiens l'invitation du médecin, et la tendresse d'une sœur pour ce frère brillant, mordant à la vie, et la souffrance de le voir terrassé par une maladie implacable.



Pierre Sarreméjan