

L'AUTOMNE S'AVANCE

L'automne s'avance à la hâte,
L'automne du long jour que vous m'aviez donné ;
Un jour, l'heure de ma sieste viendra.
Seigneur, faites que je travaille
Jusqu'à la dernière minute
Comme le ruisseau.
Laissez-moi chanter votre miséricorde
Et votre amour.
Et quand enfin je fermerai les yeux
Pour ne plus rêver,
Laissez le monde se remplir de votre gloire
Et de l'éclat du merveilleux parfum de Marie,
La toute Sainte, Notre glorieuse Dame,
Ne vous souvenez pas des ombres
De ma vie coupable.
Qu'il n'y ait aucune ombre
Quand vous viendrez.
Et si vous m'attirez à vous, ô mon Dieu,
Absorbez-moi, revenez-moi, bénissez-moi.



n°98



Septembre 2008

Bulletin de la Famille Camillienne de France



SOMMAIRE

| | |
|---|------|
| . Editorial | p 1 |
| . Les malédictions contre les scribes et les pharisiens <i>Homélie du Père Pierre Grayer</i> | p 2 |
| . Solitude et maladie. Un regard psychologique <i>Luciano Sandrin</i> | p 4 |
| . Témoignage : accompagner la vie <i>Marie-Thérèse</i> | p 12 |
| . Les cailloux magiques <i>John Wayne Schlatter</i> | p 19 |
| . Le pape Benoît XVI en visite à Paris : témoignages | p 20 |

Toute personne désireuse de connaître la Famille Camillienne de France peut nous contacter à l'adresse ci-dessous :

Famille Camillienne de France
179 bis, bd Pasteur, B.P. 60026
94363 BRY-SUR-MARNE Cédex
E-mail : famillecamilienne@yahoo.fr
Site : <http://famille.camillienne.free.fr>

Tarifs :

Participation aux frais du bulletin : 23 € (10 numéros par an)

Soutien : tarif libre

Prochain bulletin : octobre 2008

Comité de Rédaction

Père José Wilson Correia da Silva - Marie-Christine Brocherieux - Simone Bonifaci
Anne-Marie Huet - Augustine Manga Nana - Marie-Josèphe Morteau - Joseph Rey

Maquette de couverture réalisée par Mathieu Lasne

LA FAMILLE CAMILLIENNE

applaudissements et les cris de joies croissaient à mesure. Le bourdon de Notre-Dame a retenti et le Benoît XVI a fait son entrée : nous n'avons pu nous empêcher de l'applaudir.

La prière des Vêpres a été à la fois profondément joyeuse et recueillie. Lors de son homélie, le pape nous a fait une belle méditation sur la Parole de Dieu : « Notre seule richesse – la seule à dire vrai, qui franchira les siècles et le rideau de la mort – c'est bien la Parole du Seigneur ».

J'ai été très touchée par les paroles du pape, qui s'exprimait très bien dans notre langue avec des mots très ajustés et lourds de sens. J'ai aussi été émue par le contraste entre le recueillement qui régnait à l'intérieur et par le mouvement de la foule en liesse à l'extérieur : différentes expressions – toutes aussi sincères – de manifester notre attachement envers notre pape.

Anne-Marie, FC

A bientôt en France...



Le pape Benoît XVI en visite à Paris

Avec Jeanine, nous sommes allées rencontrer notre pape sur la place de Notre-Dame, vendredi 12 septembre. Il y avait une foule de gens, énormément de jeunes et de moins jeunes... L'ambiance était formidable car malgré notre « solitude », puisque nous ne faisons pas partie d'un groupe, nous nous sommes senties partie intégrante de cette assemblée et comme « soulevées » par la force qui l'animait.

J'ai particulièrement aimé quand le pape est descendu de sa papamobile pour saluer la foule parce que je n'avais jamais vu un pape aussi proche de nous. Je pense que pour lui nous sommes importants parce qu'il nous considère comme ses enfants, les enfants de Dieu.

Nous attendons la prochaine visite...

Marie-Jo, FC

XX

J'ai eu l'immense joie de me retrouver avec mes frères et sœurs religieux et consacrés pour prier les Vêpres à Notre-Dame de Paris le vendredi 12 septembre.

L'attente aurait pu être longue, car il nous avait été demandé de nous présenter presque trois heures à l'avance à la cathédrale, mais nous avons eu l'heureuse surprise de pouvoir suivre, grâce à des écrans placés à l'intérieur, le discours de Benoît XVI au Collège des Bernardins. Puis peu de temps avant l'heure des Vêpres, un chanoine nous a invités à prier pour accueillir le pape tel qu'il le souhaitait, c'est-à-dire dans la simplicité et le recueillement : aussi il nous a fait réciter trois « Je vous salue Marie » puis un « Notre-Père » et nous a déclaré en souriant : « Je vous laisse pour me rendre sur le porche... » En effet, nous pouvions voir sur les écrans que la papamobile approchait de Notre-Dame et constater que sur la place, les

EDITORIAL

Chers amis,

Nous sommes heureux de vous retrouver en ce mois de septembre. Dans ce numéro, nous vous proposons une réflexion approfondie sur la souffrance, notamment sous le visage de la solitude qu'elle peut comporter. Bien des personnes doivent porter seules leur souffrance morale ou physique : elles ne sont pas reconnues dans leur souffrance. Ou bien celle-ci est déjà classée pour les autres : ce peut-être le cas des maladies chroniques. Il y a des crucifixions auxquelles il faut laisser le temps de travailler. En effet, la souffrance ou la maladie ne peuvent jamais être définitivement acceptées dans l'esprit d'un être humain : il y aura toujours des « hauts » et des « bas ».

Le Christ a gravi sa passion par « paliers ». Et s'il a connu lors de sa passion, une souffrance physique extrême, sa souffrance morale n'a pas été moindre du fait de l'abandon, de l'incompréhension des siens.

Le beau témoignage de Marie-Thérèse, dans son combat pour la vie, nous montre que toute souffrance peut être soulagée quand elle est accompagnée par la compassion de ceux qui vous entourent.

Nous voulons aussi vous dire que nous avons été heureux et fiers d'accueillir notre pape Benoît XVI à Paris et nous vous livrons quelques échos de moments partagés avec lui.

Que le Seigneur nous donne, à l'exemple de saint Camille, d'avoir un cœur attentif et compatissant envers la souffrance des autres !

Anne-Marie Huet

LES MALEDICTIONS
CONTRE LES SCRIBES ET LES PHARISIENS
MATHIEU 23, 13 ET SUIVANTS

Père Pierre Grayer, M.I.

Hypocrites et aveugles, constate le Seigneur avec tristesse. Le royaume de Dieu qu'il est venu promouvoir sur la terre est un royaume intérieur, le royaume du cœur droit et sincère. Il le cite souvent constatant que les maîtres en Israël s'obstinent à défier la Loi de Moïse. La loi qui devient un dieu. Cette loi de Moïse met l'accent sur des ordonnances et des pratiques, alors que l'enseignement de Jésus exige la purification intérieure, celle des reins et des cœurs. Il reprend ainsi les oracles des Prophètes et les versets des Psaumes. La loi de Moïse doit être un tremplin pour entrer en relation avec Dieu et non la religion elle-même. Jésus est donc triste à la vue de ces déviations et met en garde ses auditeurs.

Le passage que nous avons entendu n'est que le début d'une condamnation de toutes les hypocrisies.

Jésus stigmatise le paiement de la petite dîme du cumin et la non-observance de la justice, du droit et de la charité.

La purification seulement extérieure, le serment fait sur l'autel ou sur le sanctuaire au détriment de l'offrande sur le ciel plutôt que sur Dieu et sur son trône : le filtrage du moustique, les sépulcres blanchis, autant d'exemples qui nous sont familiers et que Jésus a amplement utilisés.

Ces déviations étaient tellement ancrées dans leurs habitudes et leur foi qu'elles ont motivé et justifié la condamnation à mort de Jésus.

Une expérience que je vécus avec un élève au début de ma carrière d'enseignant illustrera bien la vérité que révèle cette légende.

Chaque jour je demandais à mes élèves de mémoriser une citation d'un grand penseur. Pour indiquer sa présence, l'élève devait la terminer.

Ainsi, à la fin de l'année, mes jeunes élèves auraient mémorisé cent cinquante grandes maximes.

Personne ne se plaignait plus de cette routine excepté Alan – jusqu'au jour où il fut renvoyé. Je perdis ensuite sa trace pendant cinq ans. Puis un jour je le revis. Il participait à un programme spécial dans un des collèges voisins et venait de terminer sa libération conditionnelle.

Il me dit qu'après avoir été envoyé dans un centre de détention pour jeunes en Californie pour ses mauvais coups, il était si dégoûté de lui-même qu'il s'était tailladé les poignets avec une lame de rasoir.

Il dit « Vous savez Monsieur, pendant que j'étais là à voir la vie s'écouler de mon corps, je me suis soudain rappelé cette ridicule citation que vous m'aviez fait écrire vingt fois un jour : « L'échec réside dans le manque de persévérance ». Alors j'ai enfin compris. Tant que j'étais en vie je n'étais pas un raté, mais si je me laissait mourir, je mourrais de toute évidence en raté. C'est pourquoi avec la force qui me restait, j'ai appelé à l'aide, puis j'ai commencé une nouvelle vie ? »

Lorsqu'il avait entendu la citation, c'était un caillou. Quand il eut besoin d'orientation pendant une période de crise, le caillou s'était transformé en diamant. C'est pourquoi je vous dis : ramassez tous les cailloux que vous pouvez, et votre avenir sera rempli de diamants.

John Wayne Schlatter (tiré de Bouillon de poulet pour l'âme de Jack Canfield et Mark Victor Hansen)

Les cailloux magiques

« Pourquoi devons-nous apprendre toutes ces inepties ? » De toutes les récriminations et les questions que j'ai entendues de la part de mes élèves pendant mes années d'enseignement, c'est de loin celle qui était le plus souvent avancée. Je répondrai en vous racontant cette légende.

Un soir, un groupe de nomades se préparaient à se retirer pour la nuit lorsqu'ils furent entourés d'une lumière intense. Ils se savaient en présence d'un être céleste. Avec beaucoup d'impatience, ils attendirent un message divin d'une grande importance, qui leur était destiné tout particulièrement.

Enfin, une voix se fit entendre. « Ramassez autant de cailloux que vous le pouvez. Placez-les dans les sacoches de vos selles. Voyagez toute une journée et demain, quand viendra la nuit, vous serez à la fois heureux et tristes. »

Après coup, les nomades partagèrent leur déception et colère. Ils s'attendaient à la révélation de la grande vérité universelle qui leur aurait permis de donner au genre humain la richesse, la santé et un but. A la place, on leur donnait une tâche domestique dénuée de sens pour eux. Cependant le souvenir de l'aura de leur visiteur les incita à ramasser quelques cailloux et à les déposer dans leurs sacoches, tout en continuant d'exprimer leur mécontentement.

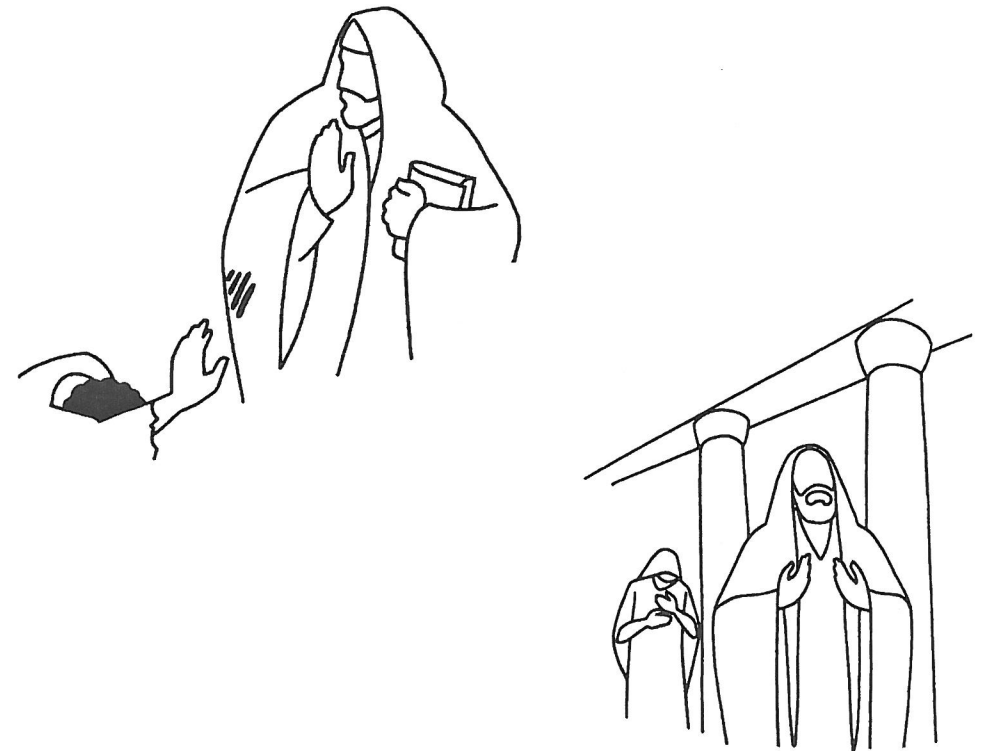
Ils voyagèrent toute une journée et, le soir venu, pendant qu'ils dressaient leur camp, ils ouvrirent leurs sacoches pour découvrir que chaque caillou ramassé s'était transformé en diamant. Ils étaient heureux de posséder des diamants. Ils étaient tristes de ne pas avoir ramassé plus de cailloux. »

Ces hypocrisies sont communes à toutes les civilisations et à toutes les religions ; nous les connaissons dans notre vie personnelle, dans nos institutions, dans nos relations. L'évolution de la liturgie, aujourd'hui, et la vie de l'Eglise provoquent des réflexions et des prises de position aussi ridicules que celles dont parle Jésus.

Soyons assez lumineux pour ETRE plutôt que de PARAITRE.

Celui qui nous connaît plus que nous-mêmes, nous invite à la transparence de cœur. Le royaume de Dieu est au-dedans de nous.

Homélie du 25 août 2008



SOLITUDE ET MALADIE

UN REGARD PSYCHOLOGIQUE

Luciano Sandrin

*Professeur de psychologie de la santé
et de la maladie au Camillianum¹, Rome*

1. Se sentir seul

Une des caractéristiques de l'homme moderne est certainement la solitude vécue comme une menace douloureuse et angoissante au point qu'on veuille l'éviter à tout prix. On risque ainsi de perdre ses valeurs positives. Il existe un fort sentiment de solitude, une grande appréhension de rester seul, vécue souvent comme conséquence du fait de n'avoir pas été accepté ou d'avoir été abandonné. On considère comme un échec la situation de celui qui passe beaucoup de temps dans la solitude, ne réussissant pas à comprendre que cela peut être un choix libre et un moment de vie en plénitude. La solitude est souvent vécue comme un vide et comme un manque à combler en cherchant des contacts et en se plongeant dans la foule. « La raison la plus profonde est que les premières expériences que fait l'être humain de sa propre individualité dérivent de sa mise en relation avec les autres et, lorsqu'il est seul, il a peur de perdre la conscience de son propre moi » (May R.). Au cours de notre longue enfance, non seulement nous dépendons du père et de la mère pour notre vie et pour notre sécurité, mais, par l'intermédiaire de ces premières relations, nous prenons conscience de nous-mêmes ; ce qui est à la base de notre

appel à l'aumônerie catholique et Mme B. est passée me voir plusieurs fois. Je garde un très bon souvenir d'elle et de son service où sont unies les dimensions spirituelles et humaines de l'être humain. Je suis retournée à l'hôpital avec mon mari pour voir le médecin en décembre 2005 pour un contrôle. En ouvrant la porte de son cabinet, elle a dit que c'était miraculeux. Quand je lui ai demandé pourquoi elle employait ce mot, elle me dit : « vous aviez 95 chances pour cent de rester en fauteuil roulant »...

En mars 2006, je suis revenue pour un bilan uro-dynamique car j'avais une sonde urinaire. En février 2005, le médecin, après avoir contrôlé le tableau des mictions et résidus, m'avait dit d'arrêter les sondages. Et au cours de ma consultation de mars 2006 le Pr D. m'a dit : « je vois 2000 personnes par an. En deux ou trois ans, vous êtes la seule qui arrive à pisser ! » j'étais impressionnée par son diagnostic...

J'ai écrit au Pr B., chef de service, pour le remercier, lui et toute son équipe : Le Dr L., le Pr D., et tout le personnel, je pense bien sûr à Mme E. et Mme N., les deux kinésithérapeutes, qui m'ont accompagnée. Je pense aussi à la grande gentillesse de Mme L. et à tout son personnel, les infirmières, les aides-soignants et agents de service. A tous je dis ma profonde reconnaissance, d'avoir été assistée comme je l'ai été dans le service : à N... , on se croirait en famille !

Le corps humain, quelle merveille à protéger ! J'éprouve un sentiment de grande admiration à l'égard des personnes qui assistent les malades, les blessés, qui les secourent, soignent rééduquent, cherchent et découvrent de nouveaux remèdes pour améliorer la santé perturbée, pour soulager la douleur et accompagner la vie jusqu'à son dernier souffle. Merci pour tout.

Nous remercions Marie-Thérèse pour ce beau témoignage

¹ Institut de Théologie Pastorale camillien

TEMOIGNAGE

Accompagner la vie

Le 6 septembre 2004, je suis tombée dans un escalier représentant la hauteur d'un étage. Je ne pouvais plus me relever. N'ayant senti aucune douleur au cours de cette chute, je suis restée très paisible, ne réalisant pas la gravité de ce qui m'arrivait. J'ai appelé ma fille Claire qui a téléphoné aux secours. Les pompiers et le SAMU ont fait leur travail et j'ai été transportée à l'Hôpital B. pour y être opérée le soir même. Le médecin a diagnostiqué une luxation en D12-L1, entraînant une paraplégie complète de niveau D12 avec syndrome de la queue de cheval et hypoesthésie jusqu'à la racine des cuisses. J'ai été hospitalisée pendant une semaine et rien ne bougeait lors de mon départ pour l'Hôpital de G. le 13 septembre. Quelques jours après, j'ai constaté un tout petit mouvement dans la jambe gauche. La kiné, Mme E. m'a dit : « je suis heureuse pour vous ». J'avais un cahier pour écrire ces choses là. J'ai pu commencer la rééducation, me déplaçant d'abord avec un fauteuil roulant pendant quelques mois, puis en déambulateur et ensuite avec deux cannes. J'utilise maintenant une seule canne pour marcher à l'extérieur et rien à la maison. J'y ai mis tout mon courage et ma bonne volonté. J'ai toujours gardé le moral et mon entourage familial y a beaucoup contribué. Mon mari venait me voir tous les soirs après son travail, sauf deux ou trois fois où il n'a pas pu venir pendant ce séjour à G. qui a duré six mois. Mes filles aussi venaient me voir ou me téléphonaient. Nous nous sentions fortement unis dans cette épreuve. Mon entourage amical a aussi beaucoup compté.

Les visiteuses venaient me voir et je les accueillais avec sympathie. Je pense notamment à Mme A. et Mme F. J'ai aussi fait

capacité de nous orienter dans la vie et le noyau de notre identité. Nous avons peur de la solitude, de la séparation et du silence, nous rappelle Rollo May, parce que nous les vivons en quelque sorte comme symboles de la mort, interprétée comme séparation extrême des autres, isolement final.

La *solitude*, expérience d'être seul ou de sentir seul, *absence* d'un contact vrai avec les autres et avec soi-même (ou *perception* de cette absence), accompagne notre vie et est marquée à certains moments d'une souffrance particulière. Elle peut être définie comme « une condition psychologique qui naît du manque de rapports interpersonnels significatifs ou par la discordance entre les relations humaines qu'un sujet désire avoir et celles qu'il a effectivement qui peuvent être insatisfaites en raison de leur nature, de leur nombre, ou de l'incapacité du sujet lui-même d'établir ou maintenir des rapports positifs et significatifs avec les autres ». (...)

Parfois, solitude physique et solitude psychologique ne se rencontrent pas ; parfois elles ont des points de contact. Nous pouvons nous sentir seuls lorsque nous sommes en compagnie, au milieu de beaucoup de gens, tout comme nous pouvons être physiquement seuls sans nous sentir seuls. Beaucoup dépend du sens que nous donnons à la solitude que nous vivons et cela provient souvent de la cause de notre solitude, ainsi que de la manière dont nous la jugeons et acceptons.

Parmi les besoins psychologiques fondamentaux il y a les besoins relationnels et, parmi ceux-ci le besoins d'*attachement* et le besoin d'*appartenance* dont la jouissance amène respectivement à la solitude *affective* et à la solitude *sociale*, non seulement lorsque manquent ou sont déficientes qualitativement les rapports avec d'autres personnes, mais aussi quand on n'y perçoit pas un engagement émotif et une *réciprocité* vraie.

Pour faire la différence sur le degré de solitude perçu et vécu, il semble qu'il y a les attentes personnelles et la discordance entre

celles-ci et la réalité. S'il est vrai que les attentes irréalistes sur nos rapports amènent facilement à un sentiment de solitude, il est vrai aussi que la solitude favorise paradoxalement les attentes irréalistes sur la qualité et l'intensité de la satisfaction de rechercher et de trouver dans les relations affectives et renforce le besoin de celles-ci. Le sentiment de solitude naît aussi des échecs relationnels et de l'interprétation que nous donnons à ceux-ci. Il est le fruit de la frustration et il peut continuer à y porter.

Mais il y a un sens de solitude intérieure, existentielle, qui ne dépend pas des circonstances externes, et que nous pouvons vivre lorsque nous sommes entourés d'amis et d'affection : il est « le résultat, nous rappelle Mélanie Klein, de l'aspiration que tous nourrissent pour une condition inatteignable, la perfection intérieure ».

2. Moments fragiles

La solitude est un trouble « démocratique » qui peut concerner les diverses personnes de l'une ou l'autre catégorie. Certains facteurs objectifs (genre, état civil, âge) peuvent aussi avoir une certaine influence qui prédispose ou détermine en quelque sorte. On a étudié particulièrement la solitude des veufs et des divorcés chez qui la perte affective causée par l'absence du conjoint est souvent accompagnée d'une perte sociale étendue. Chez les isolés, la solitude se colore diversement selon qu'elle a été choisie ou qu'elle est subie. Chez les personnes âgées, il y a une solitude cherchée comme un retour à l'intériorité et une solitude imposée, résultat d'une mise en marge sociale. On trouve une plus grande vulnérabilité à la solitude chez les personnes qui n'ont pas une « compétence sociale » adaptée, c'est-à-dire la capacité de tisser et de *stimuler* les rapports qui les aident à surmonter la solitude aussi bien affective que sociale.

bien avec elle-même et avec les autres. Solitude et socialité ne sont pas deux réalités opposées et incompatibles, mais complémentaires, précieuses toutes deux en vue de la propre croissance.

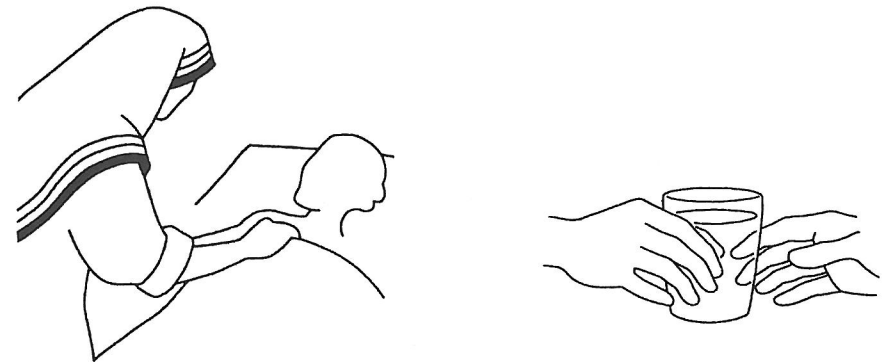
Cela vaut aussi pour celui qui est en train de vivre des expériences de douleur et de maladie. Si le malade qui souffre a besoin de relations et de personnes qui sachent l'accompagner, il a aussi besoin de moments de réflexion personnelle et d'espaces pour être seul.

S'il est donc important de proposer sa propre présence à celui qui souffre, il est aussi important de ne pas envahir ses territoires, pas seulement physiques mais aussi psychologiques et spirituels : savoir reconnaître lorsqu'il est bon d'être à ses côtés et lorsqu'il est important de le laisser seul.

Le respect du malade implique de savoir créer avec lui une relation intelligente d'aide qui sache reconnaître son besoin de relation et son désir d'être seul en alternant en temps et manières diverses, présence et éloignement, proximité et distance.

Extrait de la revue Camillianum

Traduction de l'italien par le P. Bernard Grasser, M.I.



de périls et de tourments ». Dans le moment de la solitude, comme pour l'enfant qui grandit, nous pouvons aussi récupérer nos capacités réflexives, symboliques et récréatives, prendre soin de nous-mêmes. « Chaque individu a besoin de solitude, d'un espace intérieur qui soit à l'abri de l'invasion et du regard indiscret des autres. Un lieu où il soit possible d'interrompre les sollicitations continues de l'environnement, récupérer les énergies ou simplement prendre soin des parties les plus fragiles de son Moi ».

L'expérience de la solitude est fondamentale sur le plan évolutif, aussi bien en termes biologiques que psychologiques et sociaux. En favorisant la naissance d'espaces d'autonomie, d'expérience et de réflexion intérieure, elle permet la croissance du Moi et le développement de l'identité. Le besoin de se séparer, de croître en autonomie, est ce qui permet de construire son propre monde relationnel « sain » et équilibré sur le plan psychosocial de même que la capacité de se séparer ne se développe que dans le cadre de relations affectives et sociales positives et sûres. (...). Le besoin d'attachement et le besoin de solitude, la capacité de se mettre positivement en relation avec les autres et avec soi-même sont deux aspects différents de la même compétence sociale.

Alors que l'on souligne l'importance des autres pour satisfaire les besoins d'attachement, de communication, d'intimité, de participation, de considération, de partage (mais toujours en perspective de réciprocité), il est important de souligner que, pour être bien avec les autres, il faut apprendre à savoir bien se tenir seul, sans avoir peur de l'isolement physique comme s'il était le pire des maux, un signal d'abandon affectif et de faillite sociale, mais plutôt une occasion pour un retour à la maison et un dialogue plus profond avec soi-même.

Nous sommes en même temps solitaires et sociaux, ayant besoin d'être seuls et de rencontrer les autres. Une personne psychologiquement saine est capable d'accepter la solitude (et même de la chercher) et elle est aussi ouverte aux relations, elle se trouve

Il y a une série de *stratégies* spontanées, mentales et comportementales, pour ne pas se sentir seul. Le recours à la télévision et à internet, par exemple, peut être un fait positif, une aide ou une menace. Si cela aide à se sentir « relié » à un monde plus vaste, au-delà des murs de la propre maison, le risque est que les rapports restent virtuels et, à la fin, humainement insatisfaisants. Ou qu'ils créent une relation pathologique de dépendance. Dans les cas où la solitude est un facteur qui empêche une croissance équilibrée de la personne, on peut mettre en œuvre des interventions plus « structurées » au niveau psychologique (en travaillant sur la formation, sur le maintien et la gestion des relations) et au niveau social avec des initiatives visant à faciliter les contacts sociaux ou à écarter les obstacles environnants qui les empêchent.

Il y a des moments de la vie, marqués par la douleur et la fragilité, dans lesquels on est plus vulnérable à la solitude. Celle-ci est une composante significative dans la maladie et dans le handicap, expériences dans lesquelles il y a un plus grand besoin affectif-relationnel, où l'on donne plus d'importance aux relations et où l'on est donc plus sensible à leur absence ou à leur inconsistance (même seulement perçues et non réelles). La solitude du malade peut être physique, sociale, affective et aussi spirituelle. Le malade se sent trahi par son propre corps, mis à l'écart par les autres et parfois même abandonné par Dieu.

Le malade est une personne seule pour affronter l'angoisse de sa maladie et dans les décisions qu'il doit prendre, même lorsque les autres se tiennent à ses côtés bénévolement, en le soignant et en l'accompagnant. La douleur est sienne, même lorsqu'il y a quelqu'un qui lui propose la présence et le partage. Il perçoit que les autres peuvent souffrir *avec* lui, mais pas *pour* lui et que la force pour affronter la situation et gérer les fortes émotions qui en découlent ne doivent pas être recherchées ailleurs qu'en lui-même, qu'il « doit assumer dans la solitude la responsabilité de vivre le présent d'une

manière digne et de décider de son avenir ». Il vit la solitude qui n'est pas franchissable pas même par l'amour, comme lieu de la reprise de soi et de ses propres potentialités, mais aussi comme lieu où il peut être envahi par des émotions qu'il ne réussit pas à gérer. Parfois il s'isole physiquement ou aussi uniquement psychologiquement, et il se laisse aller. La solitude est souvent aggravée par le manque de vérité, une « *eu*-thanasié » anticipée, une mort lente mais non douce sur le plan communicatif et affectivo-relationnel. En lisant les diverses solutions au problème de la vérité dans l'expérience de la maladie on est frappé par « la gêne de tous par rapport à la vérité, à la dire, à l'entendre, avec pour conséquence de nous sentir incapable de communiquer vraiment, authentiquement, avec le malade et de combler ainsi un peu sa solitude ». Le résultat est l'isolement affectif et une solitude imposée, difficile à accepter.

Il y a un besoin social de faire part aux autres des informations sur soi, d'exprimer ses propres sentiments, d'éclairer les problèmes, de chercher une consolidation sociale et de développer les relations. Et cela est difficile chez le malade parce qu'il ne sait pas combien les autres peuvent comprendre et « contenir » (tenir avec) ce qu'il pense, souffre et vit à ce moment-là. Mais il est aussi nécessaire de recevoir les informations qui concernent le propre corps, la propre vie et ont des effets sur la propre opinion sur soi et sur son identité, dans une relation qui sait élaborer les émotions et rassurer.

La solitude est le fil conducteur de la maladie tumorale, réaction émotionnelle à une pathologie qui implique un sens de condamnation et par conséquence d'émargination et d'abandon, parfois imposée par des circonstances externes ou provoquée par de pieux mensonges qui laissent le malade seul avec ses doutes et ses incertitudes, l'obligeant souvent à vivre « une normalité » selon les attentes des autres et non selon les siennes. Il y a une solitude au moment du diagnostic, pleine d'émotions qui le font ressentir, seul au monde, dans un corps subitement étranger, des relations qui changent et des habitudes de vie

objets de transition qui le stabilisent et le tranquillisent. « C'est cette relation, dans la dimension active ou intériorisée qui permet la mise en relation avec la figure de référence, dans une situation de séparation, d'acceptation, sur un plan affectif et cognitif, de cette séparation nécessaire qui conduit à l'autonomie et donc au développement psychologique ».

Pour l'enfant, il est nécessaire qu'il s'attache et se sépare, il faut dépendance et autonomie et cela se passe « en présence de la mère », présence physique et présence intériorisée. « Il peut arriver que l'individu qui n'a pas développé des ressources psychologiques intérieures, la mère bonne à l'intérieur de lui-même, s'adresse à des sources de réconfort extérieures – comme la nourriture, la drogue, l'alcool ou les rencontres occasionnelles – qui les utilisera toutes comme l'enfant recourt à son ourson lorsque la maman n'est pas disponible ».

Le mot solitude, dans ses diverses acceptions, provoque toujours une certaine crainte. Ester Buchholz propose un nouveau terme, (*alonetime*) qui n'est pas simplement tant pour être seul (*to be alone*) mais tant pour être avec soi-même (*to be by yourself*), non pas un moment de simple isolement relationnel, mais de relationnalité intérieure, non en contraste avec l'attachement, mais avec la dépendance totale, avec la fusion avec les propres objets d'amour. Et elle voit l'origine de ce besoin d'être seul dans les phases très précoces de la vie.

Nous avons besoin de la solitude non comme simple pause (*timeout*) dans le cours de la vie mais comme expérience de croissance, occasion précieuse pour développer une connaissance personnelle (et non simplement réflexe) de ce que nous sommes. « Passer par la solitude pour évoluer, donc, et pour réaliser une prise de conscience de la propre réalité intérieure, du propre Moi, en affrontant les 'découvertes' et les conquêtes que la traversée présente à l'être humain lorsque celui-ci entreprend un parcours intérieur dense

« en marge » ; que les individus seuls connaissent un plus haut niveau de stress que les personnes non seules, même si les facteurs de stress ne sont pas différents ; que les interactions sociales, sources potentielles de plaisir, étaient vécues moins positivement par les individus seuls ; que la solitude portait à affaiblir les processus constructifs ou réparateurs comme le sommeil.

Dans l'interprétation des données de ces recherches il est important d'éclairer de quelle solitude il s'agit et de quelle manière l'individu la « juge » et la vit, distingue entre être seul, se sentir seul et vivre seul.

La solitude n'est souvent envisagée que sous ses aspects négatifs. Dans le rapport solitude – santé, le rapport peut aussi être positif. Être seul est un besoin fondamental et être bien lorsqu'on est seul, est un signe de santé psychologique dans les diverses phases de développement de l'individu.

Certains psychologues se situent de manière critique par rapport à ces modèles évolutifs qui voient dans le besoin d'attachement et de liens sociaux la motivation principale de l'action humaine et ils relèguent au second plan le besoin d'autonomie jusqu'à considérer comme pathologique, évocatrice de souffrance et désordre social la plus évidente manifestation de celui-ci et donc l'exigence d'être seul. La capacité d'être seul (une vraie et propre compétence relationnelle) est acquise, selon Winnicott, vers la troisième année de vie grâce à la construction (et introduction) d'un lien affectif profond avec une figure de référence, en particulier la maman. L'enfant fait l'« expérience » de la « constance de l'objet », il apprend donc à vivre le lien psychologique de la mère et, par suite, des autres personnes importantes affectivement pour lui, comme « intimités toujours présentes » même si elles sont absentes physiquement. Il le fait par sa capacité d'être seul (sans se sentir seul) alors qu'il *est* avec sa mère, jouant en silence auprès d'elle ou dans l'exécution par lui-même de ce que sa mère devait faire auparavant, par le nounours ou la couverture,

qu'il faut abandonner. Il y a une solitude dans le parcours des thérapies, entre peur, doutes et incertitudes difficiles à partager (ou frileusement mises sous silence), souvent aggravée par des regards professionnels « déshumanisants » parce que partiels. Il y a une solitude douloureuse dans la phase terminale de la vie dans laquelle le contact inévitable avec la mort, une présence psychologique qui tient en dehors de ce qui l'entoure le long de tout le parcours de la maladie, le fait percevoir subitement étranger au monde. Il y a la solitude du malade âgé qui accentue sa solitude précédente, réelle ou sentie. Il y a la solitude de la famille.

Il y a la solitude des grandes questions qui restent souvent telles.

Il y a la solitude comme rencontre entre solitudes : celle du malade et celle de celui qui le prend en charge. (...)

Il y a la solitude d'une faute que l'on ne peut pas dire, que d'autres ne peuvent pas supporter ou qu'en quelque sorte ils t'« amènent » à sentir.

Il y a la solitude du malade et celle, en partie semblable mais aussi différente, de ses proches et de ceux qui veulent son bien : la solitude face à la mort. Aujourd'hui culturellement et socialement plus forte.

Le passage de l'art médical à la science médicale a changé l'attitude de l'homme face à la mort en créant, avec le privilège accordé à la technologie, une barrière d'incommunicabilité entre le médecin et le patient, entre deux mondes « philosophiques » différents, en particulier dans la phase terminale de la maladie. La confrontation subite avec la mort et la prise de conscience qui en découle ouvre l'éternel conflit entre isolement social et isolement existentiel, vécu avec un sens d'éloignement du mode des vivants. « La possibilité de pouvoir communiquer avec le monde social donne au mourant la sensation de partager avec un autre être humain son isolement existentiel ». La peur de la mort, particulièrement forte dans

la société d'aujourd'hui, amène à l'isolement social, à une distance physique (qui devient aussi affective et relationnelle) par laquelle on essaie de « nier tout lien entre nous et la précarité de la vie », représentée par le patient qui meurt : une forme (inconsciente) de nous donner l'illusion d'être immortels tout en sachant (consciemment) que nous devons mourir. Le silence prend le dessus et, avec le silence, la solitude : une solitude « nouvelle » et plus grande provoquée par une société médicale qui ne permet pas au malade qui va mourir de vivre comme mourant. Le malade a besoin d'être rassuré que, quoi qu'il arrive, il ne sera pas seul. Mais les « avances » relationnelles vont souvent tout à fait ailleurs. Il faut reconnaître le « propre » de la vie et le devoir de mourir qu'elle comporte, ses limites, et notre pouvoir limité d'intervenir. « Qu'un homme meure de maladie représente peut-être la défaite de la science médicale, mais cela ne signifie pas du tout une défaite pour le médecin. Savoir aider un homme à mourir en lui permettant de se sentir homme parmi les hommes jusqu'au moment de l'adieu est une conquête médicale d'une grande valeur humaine. Savoir écouter un homme qui meurt signifie rendre à l'Art médical le caractère social qu'il avait avant la suprématie technologique et au mourant la sensation de ne pas avancer seul vers le dernier horizon ».

3. Solitude et santé

Il y a une route à double voie entre solitude et mépris de soi, entre solitude et maladie.

Le mépris de soi, problème central et recourant pour qui se sent seul, peut provoquer un sentiment de solitude sous diverses formes. Il y a un type de solitude comme un sentiment d'« étrangéisation » de soi qui tourne autour de problèmes d'identité et d'évaluation de soi. Ce n'est seulement la coupure entre le soi idéal et le soi réel qui

suscite ce sens d'extériorisation de soi, mais aussi, et davantage sans doute, la séparation entre le moi réel et le moi réfléchi, c'est-à-dire la bifurcation entre la manière dont la personne se perçoit et évalue elle-même et la manière dont les autres la perçoivent et la jugent (mais aussi la manière dont la personne elle-même perçoit le jugement des autres). Le mépris de soi peut faciliter une série d'attitudes et de comportements qui font obstacle ou compromettent des relations sociales satisfaisantes et conduisent à l'isolement et à la solitude. Une solitude qui à son tour est source de mépris de soi par une série d'attributions causales internes, doutes sur soi, sur ses propres capacités, sens de la faute pour des erreurs commises et sentiments de honte.

Et tout cela peut priver de relations importantes, amorcer des processus dépressifs et rendre les malades encore plus vulnérables à la maladie.

Il y a de nombreuses recherches qui montrent l'importance des relations sociales (qui véhiculent l'amour, l'appartenance, le partage, le soutien, l'intimité) au niveau émotif, cognitif et comportemental et leur influence sur la santé des personnes. Certaines prennent en considération la manière spécifique la solitude, un facteur puissant mais pas encore compris de vulnérabilité pour une large gamme de maladies et risques de mort.

Les mécanismes pris en considération concernant le lien solitude-santé sont variés. Dans leur analyse, certains auteurs ont pu relever que beaucoup de médecins déclarent assurer des soins meilleurs et plus complets aux patients qui peuvent compter sur des familles qui apportent un bon soutien qu'aux malades qui semblent isolés socialement : que les personnes seules étaient moins contrôlées par des parents et amis pour leur comportement de santé et moins aidés pour l'accès aux soins lorsque cela est nécessaire ; que la solitude était un gros facteur de risque de suicide pour les vieillards et les adolescents, personnes qui vivent une période psychologiquement