



Journal
de réflexion
sur le soin
psychiatrique

#1

GRATUIT

PARUTION IRREGULIERE

MERCI À VOUS !

À celles et ceux qui ont participé à la cagnotte pour ce premier numéro, à vous qui le lisez, on espère bien qu'un second numéro va pouvoir se faire.

Et cela dépendre de vous encore ! N'hésitez pas à proposer des articles, reportages, recits, tribunes, nous donner des liens, des méthodes de soin dont on ne parle pas, où que l'on ne connaît pas, des dessins, des illustrations, des poèmes. Bref, tout ce qui pourrait apporter sa pierre à briser la vitre !

Si vous voulez soutenir financièrement le journal, ne vous privez pas, délestez-vous de quelques euros, ça nous sera bien utile pour lancer le deuxième numéro ! Envoyez un mail à **contact@soinsoin.fr** pour connaître les modalités de soutien.

Et bien sûr un grand merci à toute l'équipe de *Soin'Soin* :
Cecile Kiefer, Lisa Mandel, Agathe Martin,
Hadrien Alvarez, H. K., Magalie Latry,
Virginie Oberholzer, Alexandre El Omeiri,
Yann derobert, Frederique Herbignaux,
Saphir Desvignes, Julien L'esprit.

zinzin objectif lune

soin
soin

Soin Soin

est un journal qui parle de santé mentale en cherchant à mettre les premier-es concerné-es au centre des réflexions et des débats sur la psychiatrie et le soin. Trop souvent, on nous parle de souffrances psychiques sans laisser la parole à celles et ceux qui la vivent et/ou la subissent.

Il nous paraît urgent de faire un journal qui ne prenne pas de pincettes pour remettre en question les pratiques psychiatriques actuelles. Critiquer sans avoir peur de cet *establishment* du soin, perdu dans une politique aveugle et esclave du capitalisme, et qui génère bien trop de maltraitements.

Les ayatollahs des neurosciences se dorent la pilule, cachant leur impuissance voire leur refus de comprendre l'esprit humain. Et même s'ils n'ont pas, pour l'instant, de grandes solutions à donner, ils ne se privent pas, du haut de leurs blouses blanches, d'exercer un ascendant malsain sur leurs patient-es.

Trop d'usagè-res se sentent en porte à faux dans ce système de soin. Si la psychiatrie n'est pas encore assez avancée, ni suffisamment curieuse et ouverte pour répondre à tous les maux de l'esprit humain, il serait décent de la part de certains psychiatres de l'avouer.

Nous souhaitons, à travers ce journal, apporter une réflexion profonde sur la psychiatrie et l'actuel système de soin, en cherchant à proposer des modestes pistes de réflexion sur ce qui pourrait améliorer la prise en charge des patient-es.

Dans ce numéro, nous vous parlerons de pair-aidance et d'auto-support, de nouvelles approches thérapeutiques basées sur le rétablissement et l'Open Dialogue. Nous essayerons de trouver du sens aux épisodes psychotiques avec le REV (Réseau sur l'entente de voix). Nous vous parlerons aussi de la double peine que constitue la folie et la précarité mais aussi de domination masculine au sein des hôpitaux psychiatriques.

Soin Soin réunit des textes d'usager-es mais aussi des écrits de psychiatres, chercheurs-euses, médiateur-trices de santé, éducateur-rices, journalistes... Le but étant de faire vivre le plus de voix possibles. Celles de tous les acteurs et actrices de la psychiatrie qui sont sur le terrain, face aux fonctionnements et dysfonctionnements de la psychiatrie française.

Nous ne cherchons pas à prêcher une vérité mais préférons penser que nous avançons sur un chemin sans but apparent mais riche de propositions.



HADRIEN ALVAREZ

Je vous écris de ceux qui voient des MoNs^{tr}ES dans le pot de confiture

*« Quand le moment
du monde à l'envers
est venu et que c'est être fou
que de demander pourquoi
on vous assassine, il devient
évident qu'on passe
pour fou à peu de frais. »*

*Voyage au bout de la nuit,
Céline.*

Je vous écris
de chez les corps humains
de seconde zone, ceux
qu'on a saccagé, violé,
abusé, harcelé, négligé et
abandonné, avant de leur
foutre la honte et le dis-
crédit.

Je vous écris de chez ceux à
qui on a répondu un jour : *« Ma foi, c'est
comme ça... C'est le moindre mal... Faut
prendre sur Soi »* (ce qui est très difficile
quand le Soi n'existe plus)... *« Qu'est-ce
que tu as encore fait pour provoquer?... T'es
complètement folle ou quoi !... Faut aller de
l'avant...? »*

Je vous écris de chez ces corps meur-
tris aux contours flous, ceux qui disent
merci à tout, qui s'excusent de déranger,
s'excusent de s'excuser... Ces gentils à
qui il manque ce que les méchants ont
pigé, ceux qui ont englouti une ville en
état de siège derrière un sourire et une
voix détachée, ceux qui se scarifient,
ceux qui voient des monstres dans le
pot de confiture, ceux qui n'ont pas eu
la chance d'être orphelin, ceux qui ne

savent pas habiter le présent
sans s'y noyer, ceux qui ont
commis l'erreur de naître
« fille » ou au mauvais en-
droit, les Gribouille qui se
protègent de la pluie en se
couchant dans une flaque,
ceux qui ont suicidé leur
désespoir, ceux qui font
rater toutes les théra-
pies, ceux qui bavent et
tremblent leur hébétude
dans les couloirs des HP, ceux
qui grésillent de l'humeur, les
dissidents du réel, les confinés
et bâillonnés avant l'heure,
les incontinents d'adrénaline
et de cortisol, les niqués de
l'avenir, les anorexiques de
l'ocytocine, les déglingués de
la sérotonine, les losers des
jeux de pouvoir, ceux pour
qui l'injustice file de l'asthme,
les insomniaques cauchemar-
deux, les serial burn outés,
ceux qui ont fini par aimer
Dieu (alors que c'est pas réci-
proque)...

Bref, je vous écris de chez tous
ces résilients sans paillettes,
ces survivants de violences
(sexuelles, de génération, de
genre, de classe) qui viennent
frapper à votre porte, avec ce
besoin vital d'extirper de leur
nuit des poussières d'étoiles
pour éclairer leur route.

*«...I can't forget,
but I can't remember...
lalala...»
(Leonard Cohen)*

Je vous écris de chez ceux qui
se mettent peu à peu à puer
la santé.

Depuis deux ans, je suis, en
effet, sur la Via Ferrata de la
guérison d'un *traumatisme
développemental* ou *complexe*
(C-PTSD). On dit que
poser le bon diagnostic
et l'explicitier, c'est déjà
un bon bout de la gué-
rison. C'est tellement
vrai. Après des décennies
de tourisme médical et
psychiatrique, je peux dire
que je suis enfin rentrée
chez moi, au chaud dans mon
corps. Grâce à un travail psy-
chothérapeutique éclairé, nourri
de techniques corporelles, grâce
à une formation théorique et
pratique en cours et le soutien
d'une communauté virtuelle,
j'apprends jour après jour à faire
de mon système nerveux mon
meilleur allié, j'apprends à dé-
coder et à ressentir sa grammaire
de survie, j'apprends à traverser
ses aberrations, ses embar-
dées, ses blessures, sans frayeur,
j'apprends toute une palette
d'exercices neurosensoriels pour
l'aider à penduler vers le calme.
Jour après jour, j'apprends à in-
terroger la condition animale de
ma condition et à m'y fier.

Je vous écris de chez ces
rescapés, qui peuvent déjà té-
moigner d'une amélioration
radicale et durable du confort
de leur existence.

Cher-es médecins, psychiatres, thérapeutes ...

✿ Je voudrais être traité comme un acteur à part entière de ma guérison. Pas comme une enfilade de symptômes incurables, juste bonne à colorier des mandalas. Je préférerais que vous me disiez : *« Je ne sais pas de quoi vous souffrez ou je n'ai pas les compétences pour vous accompagner »*.

✿ J'aimerais arracher chaque page de vos DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les badigeonner de mille couleurs, avant de vous demander d'inscrire sur chacune d'elles un poème, une pensée philosophique ou une citation, puis de les jeter dans un feu de camp...

Quand j'ai passé devant une boutique de coques de smartphones, allez savoir pourquoi, ça m'a fait penser à votre DSM.

✿ Je voudrais que vous évitiez de m'attribuer la responsabilité de mes galères ou de mes sabotages, car un cerveau traumatisé fait des choix traumatisés. Un cerveau traumatisé a perdu sa liberté de disposer de sa volonté en continu.

Autrement dit, on s'habitue tellement à la violence qu'on finit par penser qu'elle est notre destin. J'imagine que c'est pareil pour les privilèges, on finit par penser qu'on les a mérités.

✿ Je voudrais que vous écoutiez les pensées de mon corps, lorsque ma parole est si trouée, ou si surchargée qu'elle ne sait plus où se percher. Car mes traumatismes sont encapsulés dans mon système nerveux, pas dans des événements.

✿ Je voudrais que vous renonciez à me demander ce qui m'angoisse, car mon angoisse est sans objet, ni crise de panique. Je suis en permanence en proie avec une énergie frénétique et débordante qui me pousse à faire, agir, intellectualiser plus vite que la peur et m'empêche de me relaxer.

✿ Je voudrais que vous m'appreniez à apporter de l'espace respiratoire et de la compassion à mes émotions « négatives », sans me demander de les « gérer » ou de les rendre « positives ». Une émotion n'est ni bonne, ni mauvaise. C'est un fait brut. Les moraliser est certes un business très lucratif, mais une imposture faite au vivant. Même les plantes se laissent crever dans un environnement toxique.

✿ Je voudrais m'asseoir devant votre bibliothèque comportant tous les livres des grands psychologues, les plus connus comme les inconnus, les plus récents comme les plus anciens, même les plus foutraques, de A comme (Woody) Allen à Y comme (Irvin D.) Yalom en passant par toute la psychanalyse et les neurosciences.

✿ Je voudrais qu'on se penche au chevet de l'écosystème psychiatrique et qu'on examine ses troubles : de morcellement des savoirs et des pratiques, d'addiction aux psychotropes, de l'évidence naturelle, de déni de la réalité sociale, de dissociation, de boulimie d'honoraires, son langage déshumanisé très autoritaire et enfermant.

✿ J'aimerais voir et revoir tous les films, pour comprendre comment se déroule une vie de 0 à 99 ans.

✿ Je voudrais écraser ma cigarette dans vos sofas, chaque fois que vous appliquez un diagnostic de trouble de la personnalité borderline, trouble somatoforme, trouble cyclothymique... à une (jeune) femme, sans avoir pris le temps de mener une anamnèse sous l'angle de l'histoire des violences subies (*mobbing*, prostitution, précarité, viol, rue...).

✿ Je voudrais qu'on puisse échanger nos fauteuils de temps en temps : je pourrais découvrir ce que c'est de vivre sans avoir à me débattre sans cesse pour aller de l'avant dans un flux imprévisible, instable, constellé de menaces innommées. Et vous pourriez expérimenter la consistance d'une de mes dystopies, juste après l'assaut d'un gros flash back émotionnel, lorsque je m'emploie à faire revenir le monde, en rassemblant un à un mes repères et des bouts d'identité... Tel le montage d'une commode Ikea en kit, sans notice d'emballage. Une autre fois, vous me permettrez de comprendre ce que c'est que de me tenir simplement là, le regard en altitude, avec ce sentiment continu d'être en sécurité dans mon corps, sans me sentir en danger si je n'exécute pas parfaitement ma fonction ou ma tâche... Et vous viendrez au sous-sol de mon vortex traumatique, goûter ma douleur, lorsque je suis aux prises avec une solitude flippante. Pas de celle qui vous relègue dans le coin le plus confortable de votre canapé avec un verre de Whisky. Non, une solitude avec des dents, un air sidéral et sans lumière sous la porte.

Ensuite de quoi, on « débriefera et capitalisera nos ressentis ».

✿ Je voudrais qu'une Greta mobilise les terriens pour créer une journée mondiale des survivants de violences des Hommes.

✿ Je rêverais d'avoir accès à une traumathèque, un centre de réparation des âmes, qui regroupe toutes les ressources écrites et audiovisuelles sur le sujet et ses voies de guérison, des conférences de spécialistes, des programmes éducatifs sur la physiologie de notre maladie, des ouvrages de toutes les traditions spirituelles, des

Je voudrais écraser ma cigarette dans vos sofas,

groupes d'entraide, des séances de méditation, des cours de respiration, des massages adaptés à notre problématique, des séances de Tai chi, yoga, danse, chant... des ateliers créatifs d'expression artistiques..., animés par des pédagogues qui m'aident à sublimer cette matière noire, dégueulasse et poisseuse en moi que je ne parviens pas à porter au langage. Qu'on en finisse avec ces occupations infantilisantes, animées par un intervenant social sans autre compétence particulière que ses préjugés et l'autorité de sa fonction.

✿ Je voudrais botter les fesses de la médecine (ou des politiques sanitaires), jusqu'à ce qu'elle nous réserve le même soin, le même prestige, et les mêmes budgets

qu'un service d'oncologie avec ses équipes interdisciplinaires de spécialistes, ses physio, ses thérapies complémentaires, ses chercheurs, ses programmes de dépistage précoce et de prévention de la contagiosité... Après tout, nous souffrons aussi d'une forme pandémique de cancer, celui des émotions.

✿ Je voudrais que l'«intégration» ne soit plus un hochet conceptuel, ni une niche professionnelle, mais un projet de société qui fonde sa politique sur des valeurs horizon-

tales de progrès social, de coopération, de soin, d'entraide, de respect du (et des) corps...

✿ Je voudrais que vous ne reproduisiez pas les techniques universelles des agresseurs, comme me chosifier, me figer dans une catégorie, me réduire au silence, manipuler mes sensations, me pathologiser... qui ne font que rajouter une couche de trauma.

✿ Je voudrais tellement qu'on maltraite la conspiration des oreilles bouchées et qu'on assassine le dualisme corps-esprit.

Bref, je rêverais qu'on (re)mette le monde à l'endroit...
Je rêve beaucoup,
je sais... preuve,
que je recouvre la santé...

PAR VIRGINIE
OBERHOLZER

<https://lsanp.ch/>



chaque fois que vous appliquez

un diagnostic

LA PAIR AIDANCE OU AUTO SUPPORT

LES ORIGINES : PUSSIN, LE PÈRE DES PAIRS

PUSSIN, tanneur de profession, est admis à l'hôpital de Bicêtre en 1791. Cet établissement/cloaque que Louis XIII avait fait bâtir en 1633 sur la ruine d'une ancienne forteresse, regroupe des personnes en grande souffrance psychique, des malades incurables, des prisonnier-es, des vagabond-es, des homosexuel·les... Bref, tous les indésirables de la société. On leur inflige des traitements purement répressifs et coercitifs. Cages, chaînes, tous les moyens sont bons pour que les personnes soient mises hors d'état de nuire. En guise de personnel, des gardes qui n'hésitent pas à utiliser leurs armes pour faire régner le calme. La soupe qu'on y sert est un potage extrêmement pauvre s'apparentant à de l'eau chaude. La considération pour ses personnes est nulle et l'on cherche plus à s'en débarrasser qu'à espérer les voir sortir un jour.

Pussin lutte contre une tuberculose féroce. Il parle peu. C'est un homme

calme et fort. Il réussit à guérir alors qu'il était considéré comme incurable. Remis sur pied, il comprend vite qu'il ne peut pas rester sans réagir devant ce spectacle apocalyptique où l'homme ne reçoit aucune considération et où la maltraitance et la violence se rajoutent aux peines sévères des aliéné-es. Il décide de faire valoir le droit à la dignité et au respect de tous ces pauvres gens en protestant par des lettres envoyées à l'administration. Avec patience, il réussit à avoir gain de cause et améliore les soins et la nourriture. Il est assigné comme «gardien des prisonniers» et réussit à gagner la confiance de tous et de toutes.

Lorsque Pinel arrive à Bicêtre comme médecin chef en 1793, il est bouleversé par l'attitude de cet homme qui calme les patient-es en desserrant leurs chaînes. Il comprend avec sagesse et modestie qu'il a grandement à apprendre de ce geste.

«J'ai tellement cherché à adoucir l'état de ces infortunés, qu'au mois de Prairial de l'an V, je suis venu à bout de supprimer les chaînes (dont on s'était servi jusqu'alors pour contenir les furieux), en les remplaçant par des camisoles qui les laissent promener et jouir de toute la liberté possible, sans être plus dangereux».

(Pussin, 1797)

Cette rencontre est révolutionnaire pour les patient-es. Pinel, au contact de Pussin, comprend que les personnes admises à Bicêtre sont toutes potentiellement guérissables et écrit en 1800 le «traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale», considéré comme marquant le début de la psychiatrie.

L'histoire n'a retenu qu'une image, celle de Pinel libérant les aliénés de leurs fers en 1792, pourtant, la psychiatrie n'est pas née d'une seule personne, mais de la relation entre deux : Pinel et Pussin. Un médecin et un patient.

BACK IN THE FIFTIES

En 1952, les premiers neuroleptiques sont mis sur le marché. C'est la naissance de la psychopharmacologie, permettant à certains de sortir de l'hôpital et de retrouver un semblant de liberté.

«Une nouvelle vie s'ouvrait aux malades mentaux, appelés à retrouver l'autonomie et une certaine liberté, puisqu'on pouvait les traiter sans nécessairement les enfermer. Il en résultait que l'hospitalisation sous contrainte devenait exceptionnelle : les internements

d'office tombèrent de 18% des placements en 1955 à 12% en 1966 et seulement 2% en 1976. Les hôpitaux psychiatriques se vidaient partiellement.»

«La découverte des neuroleptiques et ses conséquences», Revue d'histoire de la pharmacie, Jean Flahaut.

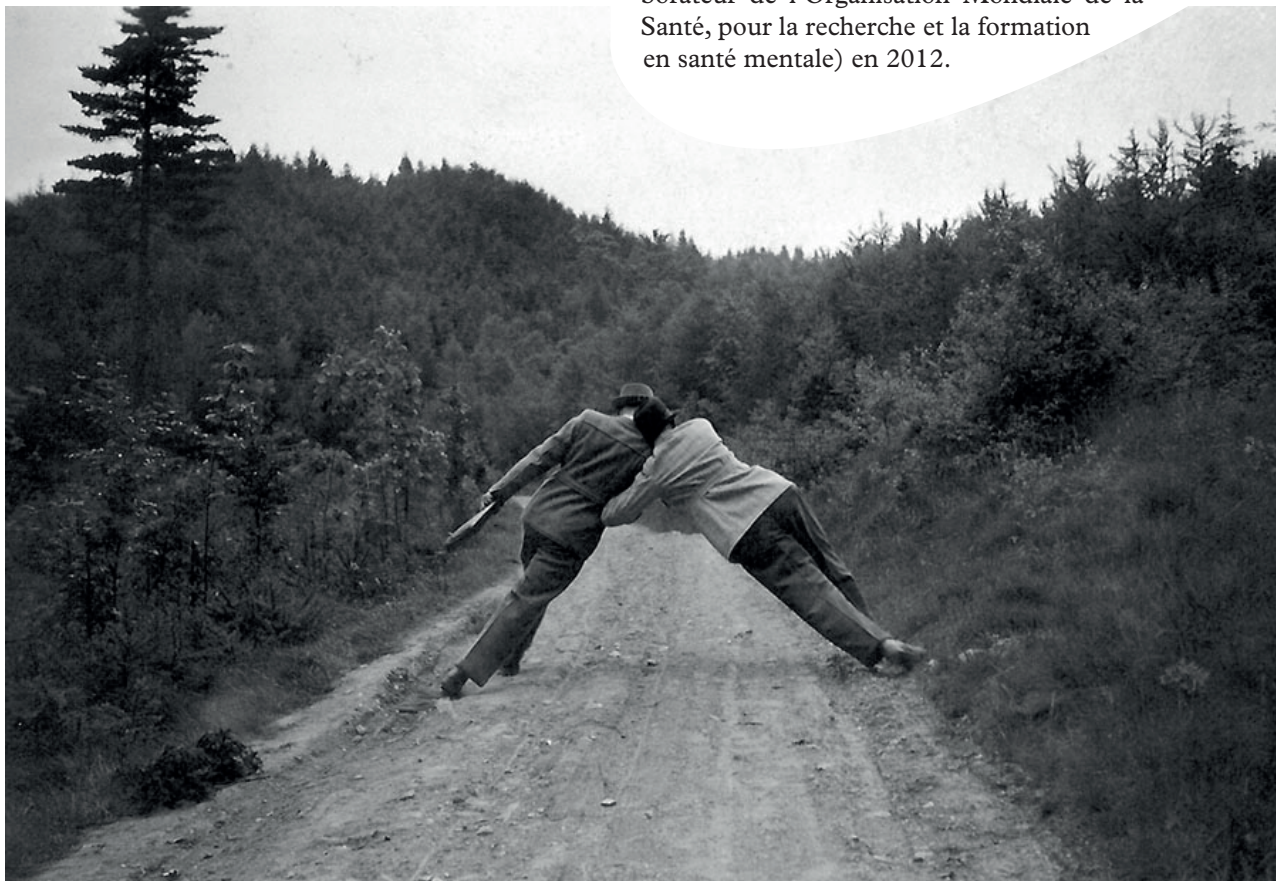
Des anciens patient-es se rencontrent sous forme de groupe d'intérêts communs. Ils et elles témoignent de leurs passages souvent désastreux dans les hôpitaux psychiatriques et mettent en place des systèmes d'entraide. Ils prennent conscience que leurs propres expériences engendrent un savoir très utile, et qu'en s'appuyant sur celui-ci, ces patient-es peuvent s'accompagner mutuellement dans leur rétablissement. Ces groupes d'usager-es se multiplient et prennent de l'importance, emportés par l'effervescence émancipatrice des années 60. L'un des plus importants, «The Mental Patients' Liberation Movement», proche des idées de l'antipsychiatrie, participe à mettre le débat des droits des usager-es sur la place publique. Ils dénoncent, à grand coup de manifestations et de conférences, les traitements forcés tels que la lobotomie, les E.C.T (electroconvulsive thérapie), ou la sur-médication.

Le système de sécurité sociale n'existant pas aux Etats-Unis, ces groupes sont rapidement sollicités par les médecins dans les hôpitaux afin de les aider à s'occuper des personnes souffrantes. Bénévoles pour commencer, ils ont vite milité pour la reconnaissance du métier de pair-aidant salarié («*peer support*») et ont eu gain de cause en 1989.

LE SOIN COMMUNAUTAIRE EN FRANCE DE NOS JOURS

À Marseille, c'est après l'ouverture d'un squat autogéré par le collectif «logement santé» pour les sans-abris ayant des souffrances psychiques, que la ministre de la santé Roselyne Bachelot demande un rapport sur la santé des personnes SDF (Girard, Estecahandy, Chauvin, 2010). Ce rapport est une étape majeure dans la reconnaissance de l'utilité du soin communautaire en psychiatrie.

Les premiers pairs aidants salariés sont embauchés par l'équipe MARSS (Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social) en 2005. Ils suivent les expérimentations du programme «Un Chez Soi d'Abord» en 2011, et le Programme Médiateurs de Santé Pairs du C.C.O.M.S (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la recherche et la formation en santé mentale) en 2012.



LA NOTION DE RÉTABLISSEMENT

La notion de rétablissement en psychiatrie diffère légèrement de celle en médecine classique car il est question ici que le patient se sente mieux malgré sa pathologie, sans attendre une rémission complète.

La réhabilitation psychosociale poursuit le travail d'inclusion en redonnant confiance aux personnes dans leur capacité à s'accomplir à travers toutes les sphères de la société (travail, amour, vie familiale, vie sociale, etc.) Ces deux notions importantes font partie de cette mouvance actuelle qui milite pour une plus grande inclusion des personnes concernées dans la société.

Les accompagnement-es des personnes en souffrances se font en binôme selon la méthode du « suivi intensif » (*Assertive Community Treatment*). Généralement, le ou la pair.e est accompagné-e par un psychiatre ou un assistant-e social, éducateur-trice ou autre travailleur-se du secteur médico-social. À deux, ils rencontrent la personne dans un lieu convenu et répondent à sa demande, quelle qu'elle soit, du mieux qu'ils et elles le peuvent.

La ou le pair.e-aidant.e aura la possibilité de parler de son propre vécu en tant que malade, des difficultés de vivre tous les jours avec sa pathologie et de son passage par le soin public.

La personne souffrante reprend souvent un meilleur espoir de rétablissement en rencontrant un ou une ancien-ne malade qui s'en est « sorti ». La personne se sent plus d'égale à égale que dans le soin classique et gagne confiance en elle, entrevoit une possible amélioration et réussit vite à faire des choses qu'elle ne pensait pas possible.



LES LIMITES DE LA PAIR-AIDANCE

La professionnalisation de ce métier, même si elle est tardive en France, est plutôt un signe de reconnaissance du bénéfice du savoir expérientiel des personnes concernées.

Mais elle soulève aussi quelques craintes : quel est l'intérêt de créer une formation officielle pour un métier qui vient de l'expérience et du fait d'être concerné ? On peut se demander si il n'y a pas là une volonté de l'État de se réapproprier ce savoir pour le rendre à nouveau académique, afin de mieux le contrôler.

On peut imaginer, dans le futur, voir apparaître de nouveaux outils « officiels » avec, par exemple, des comptes rendus à rendre, des grilles d'évaluation et des protocoles de soin strictes. Lorsque l'on voit aujourd'hui la marge de manœuvre des infirmier-es en psychiatrie qui n'ont plus vraiment de liberté dans leur pratiques, on peut se poser ces questions.

Le/la médiateur-trice de santé pair ne doit pas non plus, comme l'indique le site *mediationsanitaire.org*, être une simple « interface temporaire pour construire à terme un accès facilité au système de droit commun » revenant à utiliser son savoir expérientiel comme vaseline pour faire retourner la personne récalcitrante dans la case du soin public.

Les pairs aidants existent aussi pour que les personnes concernées puissent parfois trouver un autre chemin que celui du soin public. De ce fait il semble évident qu'il faut lutter pour la reconnaissance du savoir expérientiel comme réel complément du savoir académique et non comme subalterne.

Nous sommes face à l'esprit humain, et avec le peu que nous en savons, il serait prétentieux de se dire garant-e d'un savoir fini et circonscrit dans une science académique.

PAR MATHIEU LÉONARD

LA PSYCHIATRIE SE RAPPELLE-T-ELLE DE LA MÉDICO-PHILOSOPHIE ?

Pourrait-on considérer l'épistémologie comme l'alliée indispensable de la psychiatrie ?

« Il y a d'abord à se questionner sur la toute première assertion que vous faites, à savoir le fait que la psychiatrie soit une science. Il faut revenir pour cela au moment de l'émergence de la psychiatrie comme une discipline médicale, au début du XIX^e siècle, et au rapport déjà paradoxal qu'elle entretenait avec les sciences naturelles. Déjà, à l'époque, et pour dire les choses grossièrement, le caractère scientifique de la médecine en générale était polémique. La médecine n'offrait pas les mêmes garanties de résultats et les savoirs sur lesquels elle s'appuyait – parfois purement empiriques, parfois fortement spéculatifs – n'étaient pas fondés sur des certitudes aussi "scientifiques" que celles de la médecine actuelle. Quand je dis "aussi scientifique", j'expose, et c'est délibéré, le caractère graduel, non catégorique, non abouti de la "scientificité". À savoir que la science serait quelque chose qui *tend vers* l'objectivité, mais ne peut pas la revendiquer d'emblée pour son compte.

Si on s'imagine que la psychiatrie manie des certitudes scientifiques par le seul fait qu'elle bénéficie d'une sorte de validation académique, on va droit dans le mur. L'approche épistémologique c'est un peu le scrupule du chercheur. Ce n'est pas tout à fait l'alliée de

Alexandre El Omeiri
est psychiatre à la clinique
des Quatre-Saisons à Marseille.
Il dirige aussi Les éditions de la
Conquête dans laquelle il inscrit son
travail dans une démarche épistémolo-
gique. Cette dernière étant une réflexion
profonde sur les origines logiques de la
méthode scientifique, questionnant entre
autre, la manière par laquelle sont atteints
les objectifs que se donne la science. Peu de
sciences comme la psychiatrie contiennent
autant de courants, de postures diffé-
rentes face à un esprit humain qui
ne fait que glisser des mains. Les
va-et-vient dans le temps sur les
méthodes questionnent même
la notion de progrès.

la psychiatrie, mais disons qu'une psychiatrie qui prétend pouvoir se passer de la remise en question épistémologique serait une psychiatrie sans scrupules. Cela dit, ces considérations ne concernent pas spécifiquement les courants de la psychiatrie qui se disent "scientifiques", elles concernent tout autant, si ce n'est plus, les courants fondés sur des idéologies, même humanistes, qui ont souvent le tort de se croire au-dessus de tout soupçon, parce que bienveillantes, alors qu'elles charrient elles-aussi leur lot de préjugés et de certitudes mal acquises. »

« Si on s'imagine que la psychiatrie manie des certitudes scientifiques par le seul fait qu'elle bénéficie d'une sorte de validation académique, on va droit dans le mur. »

Comment s'est posé à toi l'évidence d'une nécessité épistémologique pour la psychiatrie actuelle ?

« Le problème est que, moins une discipline tend vers l'objectivité, plus elle *revendique* d'être objective. C'est particulièrement le cas avec la psychiatrie qui prétend traiter de la subjectivité des gens, avec un caractère scientifique particulièrement controversé. Alors, on entend de plus en plus de psychiatres revendiquer la scientificité de la psychiatrie, plus qu'ils ne prouvent l'objectivité de leurs démarches. Il est bien sûr primordial d'essayer de tendre au maximum vers l'objectivité, de se donner tous les moyens pour le faire. D'essayer d'autant plus fort que la tâche semble donquichottesque.

Ce n'est pas la même chose si l'on prétend que cette scientificité nous revient de droit, parce que l'on serait une spécialité médicale comme une autre, ce qui n'est pas vrai ; ou si l'on s'imagine que notre diplôme de médecin garantit notre objectivité scientifique, ce qui est ridicule. C'est parce que j'ai entendu certains psychiatres de ma génération, ou certains de mes aînés avoir ces prétentions qu'il m'a semblé plus que nécessaire d'avoir une approche épistémologique de la psychiatrie actuelle. »

C'est lors de mes différents entretiens en clinique avec toi que j'ai pu réaliser le pont entre psychiatrie et philosophie. D'ailleurs, à la clinique des Quatre-Saisons où tu exerces, tu animes un café philo avec les patient-es. Pourquoi cette discipline est si importante pour toi ?

«L'objet de mon travail, en fin de compte, c'est l'esprit humain. Mon travail consiste à essayer de comprendre pourquoi il souffre, comment il déraile. Et comment, idéalement, le soigner. Pour cela, la philosophie, qui cherche à analyser le fonctionnement de l'esprit humain est d'une aide évidente. Il faut comprendre comment ça marche, pour mieux comprendre ce qui peut dysfonctionner. Cela dit, la psychiatrie est un abord spécifique de l'esprit humain, du côté de la pathologie. C'est comme une autre perspective sur le fonctionnement de l'esprit. Une perspective qui est complémentaire à la philosophie, et non seulement déduite de la philosophie.

C'est un peu ce qu'essayait de dire Foucault dans son fameux livre *Histoire de la folie à l'âge classique*, à savoir que la folie nous dit quelque chose de l'homme que la raison n'est pas en mesure d'appréhender.»

Pourquoi l'intégrer à ta pratique de soin ?

«Parce que l'objet de mon travail, encore une fois, c'est l'esprit humain, mais surtout celui des autres, de mes patients. Il me faut donc, pour y accéder, qu'ils puissent témoigner au mieux de leurs vécus intérieurs. Tout le monde n'a pas les mots ni les nuances conceptuelles pour rendre compte précisément de ce qu'il vit. Les ateliers café/philo à la clinique des Quatre-Saisons servent surtout à enrichir les outils conceptuels des patients, à aboutir aux quelques paradoxes fondamentaux de la condition humaine, pour qu'ils puissent appréhender plus clairement leurs

propres vécus psychiques. Ce qui me semble important pour leur bien-être et pour la gestion quotidienne de leur santé mentale.»

Comment se passent concrètement ces ateliers ?

«Très simplement, autour d'une table, de préférence à l'extérieur quand il fait beau. Avec du café. Parfois on choisit spontanément un thème, parfois quelqu'un a écrit quelque chose à l'avance, parfois on a imprimé et distribué un chapitre de livre à la session précédente. En général la parole est assez libre, les avis hétérogènes. On essaye progressivement de complexifier le propos. L'idée, c'est





d'avantage d'exposer les paradoxes de la personnalité que d'aboutir à des réponses. »

Comment les patient-es arrivent-ils à faire des liens entre la philo et leurs problématiques personnelles ? Pourrais-tu témoigner d'un moment où tu a remarqué que cela fonctionnait ?

« Le plus souvent, les patients se servent de leurs problématiques pour faire avancer le propos. Il y a un aller-retour entre des considérations personnelles et une perspective d'ensemble plus théorique. Là, j'ai plutôt le rôle d'orchestrer les discussions. Ne pas les laisser dériver vers trop d'abstraction, ne pas non plus s'enliser dans les problématiques personnelles des uns et des autres.

Ce qui fonctionne, avant tout, c'est de se creuser les méninges. Quand tu es hospitalisé et que ton quotidien est un peu rébarbatif, ça fait du bien de réfléchir à des choses variées, tout simplement. La convivialité aussi, ça fait du bien.

Parfois j'oriente le thème en fonction de la problématique particulière d'un des participants pour l'amener à se sortir d'une de ses impasses dialectiques dans lesquelles on se coince parfois. Ça

nécessite une forme d'endurance dans la démarche intellectuelle pour aboutir vraiment. En général, les patients qui sont touchés par la question sont très impliqués dans la discussion. Ce qui, je crois, veut dire que ça fonctionne. Des thèmes comme par exemple "la solitude", ou "le sexe" touchent tout le monde et permettent parfois à certains de se sentir plus en lien avec les autres, à faire *communauté*. Ce n'est pas rien, compte tenu du parcours de certains patients qui arrivent aux Quatre-Saisons.

La psychiatrie s'aide d'autres disciplines pour soigner les patients lors de leur séjour : danse, arts plastiques, sport, musique... On connaît les bienfaits du sport sur la mémoire, le sommeil et l'oxygénation du cerveau. La musique est reconnue pour ses vertus d'apaisement ou d'excitation selon le rythme, activant ainsi la dopamine, l'ocytocine ou bien encore la sérotonine. Quels seraient les bienfaits thérapeutiques de la philosophie ?

« C'est Bachelard qui dit que la pensée a toutes les formes, tous les rythmes. Il me semble qu'une idée peu nous ravir tout autant qu'un air de musique. Ce n'est d'ailleurs pas très grave si elle nous traverse sans que l'on puisse la retenir, ni la reformuler. La pensée est inhérente à la conscience que l'on a du monde, et de qui on est.

D'un point de vue, neurobiologique, la philosophie mise en pratique correspond nécessairement à tout un cortège de processus physiologiques, qu'il est au demeurant assez inutile de comprendre, à notre échelle (celle du café philo), puisque les idées se forment déjà sur le plan de la pensée, ce même plan sur lequel elles prétendent à une action thérapeutique. »

Il est vrai que la philosophie organise notre pensée et oriente ainsi nos actions, pouvant par conséquent consister en une pratique de santé. C'est une chose assez évidente au final, même si l'on a parfois du mal à y arriver. Notre société n'encourage plus ce genre de discipline. Est-ce que la psychiatrie pourrait se charger de la remettre en avant ?

« Alors, il y a déjà ce que la psychiatrie veut, et ce que la psychiatrie peut. Quant à vouloir, les ambitions des psychiatres sont assez hétérogènes. Il y a bien sûr ceux qui ne voient pas trop en quoi la philosophie les concerne, mais il y a aussi récemment un essor des approches épistémologiques qui cherchent à investiguer les fondements conceptuels de la psychiatrie et qui opèrent ainsi un rapprochement avec la philosophie.

C'est conduit par l'école d'épistémologie psychiatrique de Cambridge, mais aussi un peu à Marseille. On a traduit le livre *Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie* de German Berrios (Éditions La Conquête) et il commence à faire son chemin vers les bibliographies des chercheurs. Il y a aussi l'émergence d'une forme "existentielle" de psychiatrie qui oriente principalement son action sur un plan identitaire : qui-suis-je ? qu'est-ce que je veux de la vie ? Ce sont des questions d'ordre philosophique mais qui implique un effet direct sur le psychisme. Moi ça me semble assez évident.

Alors de là à pouvoir se charger de remettre en avant la philosophie dans la société... Je ne sais pas trop. La psychiatrie demeure une discipline médicale. Il ne faudrait pas non plus que ce soit une philosophie basée sur le pathologique. Œuvrons, et nous verrons bien ce qu'il en ressort. »



ON N'A PLUS
DE CUIILLÈRES
FAUT SORTIR
LES COUTEAUX!

LE COFOR :

UN LIEU POUR S'OUTILLER FACE À L'ADVERSITÉ

En matière d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, l'heure est au changement de paradigme. Au Centre de formation au rétablissement (Cofor), à Marseille, ce sont les primo-concerné·es qui échangent autour de nouvelles pratiques répondant à leurs besoins, chacun·e apprenant des connaissances des autres. Tour d'horizon.



EN MATIÈRE d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, l'heure est au changement de paradigme. Au Centre de formation au rétablissement (Cofor), à Marseille, ce sont les primo-concerné·es qui échangent autour de nouvelles pratiques répondant à leurs besoins, chacun·e apprenant des connaissances des autres. Tour d'horizon.

À l'époque de mes hospitalisations, au début des années 2000, la psychiatrie publique ne débordait pas d'imagination. Les interlocuteurs potentiels étaient facilement identifiables mais jamais disponibles, le médicament se chargeait de vous rendre gérable par l'institution, les ateliers proposés devaient mollement

vous occuper la semaine, le circuit de soins à la sortie était bien balisé. De l'atelier animé par le pharmacien du Centre médico-psychologique (CMP) aux séances de visionnage de VHS avec les mamies à l'hôpital de jour, l'ennui prédominait. Ça ne débordait pas d'enjeux.

Les temps ont bien changé, à commencer par le vocabulaire. Tout d'abord, on ne parle plus de «malade psychiatrique» et plus trop de «personne en situation de handicap psychique», puisque maintenant vous pouvez être «usager en santé mentale». Même si ce terme ne dit rien du foisonnement et du chaos intérieur, même s'il ne vous fait plus exister qu'au vu de votre relation avec les institutions, il a l'avantage de faire de vous quelqu'un de respectable, qui a des droits – un client, presque...

On vous dit de moins en moins que «la guérison, c'est pas pour vous» – le *rétablissement* semble plus accessible, voire plus souhaitable. Occupant une place centrale dans ce processus, la personne concernée va être accompagnée pour retrouver l'estime d'elle-même, pour conforter ses capacités à agir et à prendre des décisions, pour améliorer son bien-être et étoffer ses relations affectives, pour exercer des rôles sociaux gratifiants, défendre sa peau.

DES FORMATIONS PAR ET POUR LES CONCERNÉ·ES

Pour creuser et transmettre cette nouvelle approche, un lieu fantastique a vu le jour à Marseille: le Cofor (Centre de formation au rétablissement). Le principe: permettre à des personnes ayant des troubles psys d'acquérir outils et connaissances pour étayer leur rétablissement et éviter les rechutes. Contrairement à ce qui peut se passer dans les structures de soin, au Cofor, ce ne sont pas des soignant·es qui vous assènent leur vision des choses mais, pour 90 %, des personnes ayant elles-mêmes connu un parcours en psychiatrie (des pairs, donc). L'idée étant que les formations soient co-construites par les étudiant·es, leurs animateurs et animatrices ne sont pas appelés «enseignant·es», mais «facilitateurs» et «facilitatrices».

L'histoire commence en 2016. Une trentaine de personnes impliquées dans des structures alternatives du médico-social, travailleur·euses comme bénéficiaires, cherchent à ouvrir un espace dans lequel penser le changement. Elles décrochent un appel d'offres de l'Agence régionale de santé (ARS) concernant l'autonomie en santé, et prennent un an pour monter le projet et définir le cadre théorique du futur Cofor.

Contrairement à certains Recovery Colleges¹ de l'étranger, ici, il n'y aura donc pas de place pour les soignants dans l'équipe, et seules les personnes concernées par les troubles pourront être étudiantes (des interventions du Cofor auprès de professionnel·les du médico-social se chargeant tout de même par

¹. Le concept de Recovery College a été développé en Angleterre. Le Cofor s'inspire de la démarche de ces centres de formation.

ailleurs de les sensibiliser au rétablissement). L'organisation est voulue horizontale et participative à tous les niveaux : les étudiant·es prennent part aux réunions hebdomadaires, au comité pédagogique, au comité de pilotage, co-construisent les modules... L'égalité salariale est la règle.

Parfois les réunions sont «rock & roll», témoigne Anne, une des cofondatrices du Cofor. Mais au moins, on s'assure que le contenu des formations émane des besoins des primo-concerné·es. Et en septembre 2017, quatre modules sont proposés : Droits (accéder à son dossier médical, désigner une personne de confiance, rédiger des directives anticipées en cas d'hospitalisation...) ; Plan d'action individualisé vers le rétablissement ; Vivre avec (identifier les signes précurseurs d'une crise, s'affirmer face au psychiatre, apprendre à témoigner sans craindre le jugement...) ; et Bien-être (méditation, yoga, etc.).

Chaque module se compose d'une douzaine de séances de deux heures environ, et accueille jusqu'à douze étudiant·es (en janvier 2019, la moyenne d'âge était de 43 ans, 50 % ayant un niveau bac). À chaque fin de trimestre, on ajuste le contenu en fonction des retours. En tenant compte aussi des personnes qui animent le module :

untel est juriste de formation, unetelle convaincue par la pertinence de la psychanalyse, unetelle espérait voir émerger un lobby de défense des psychiatisé·es...

FORMER À LA « PAIR- AIDANCE »

Mathieu et Aïcha, ancien·es étudiant·es devenu·es facilitateur et facilitatrice de module, insistent sur la manière dont le Cofor les a aidé·es à mieux écouter et comprendre les gens, comment les échanges permanents leur ont permis d'évoluer. Anne, elle, a fait le choix de quitter le centre après avoir été facilitatrice pendant deux trimestres : «Ce que j'avais à dire est passé, il faut que ça tourne!»



Contrairement à ce qui peut se passer dans les structures de soin, au Cofor, ce ne sont pas des soignant·es qui vous assèment leur vision des choses mais, pour 90 %, des personnes ayant elles-mêmes connu un parcours en psychiatrie

2. La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'un trouble. Les médiateurs de santé pairs peuvent exercer en milieu hospitalier, dans des structures médico-sociales, etc.

Depuis quelque temps, l'envie se fait sentir de monter un cinquième module professionnalisant d'initiation à la pair-aidance². L'idée est de compléter l'offre de formation existante (licence professionnelle « Médiateur de santé-pair » à Lyon et Paris), en donnant sa chance à tout le monde, sans niveau de diplôme requis. Pour Anne, le risque engendré par ce cinquième module est d'« envoyer au front de la chair fraîche » – autrement dit, de placer toujours plus de personnes payées au rabais dans des équipes soignantes encore très stigmatisantes, qui les enverront en première ligne en cas d'urgence, sans accompagnement pour amortir la charge mentale, sans organisme pour les défendre en cas de conflit.

Mais ce module cherche avant tout à structurer et approfondir une pair-aidance qui existe déjà de manière spontanée, quand quelqu'un débarque à une session avec son dossier juridique sous le bras, quand tel·le autre a besoin de soutien pendant son hospitalisation...

**QUE CENT COFOR
S'ÉPANOUISSENT...**

Au Cofor, les avis concernant l'orientation à donner au projet par la suite divergent : participer davantage à la

formation des internes en médecine et des travailleurs sociaux, offrir des cursus réellement diplômants, faciliter l'accès à des formations classiques, contribuer à l'émergence d'un réseau de rétablissement alternatif à l'hospitalisation, faire en sorte que les personnes les plus précaires aient davantage recours au Cofor ? Par ailleurs, au vu de ses bons résultats attestés par le travail conjoint d'une psychiatre et d'un anthropologue, le Cofor est à peu près sûr d'être pérennisé après 2021... Des projets similaires se sont montés à Paris et il y a de fortes chances que le diplôme universitaire de pair aidant s'ouvre sur Marseille à partir de l'année prochaine.

Malgré tout, plusieurs questions importantes restent en suspens : risque-t-on de jouer le jeu du libéralisme et de ses coupes budgétaires en mettant en avant les capacités individuelles de rétablissement, comme si chacun devait autogérer ses crises existentielles, rendant obsolète toute politique publique en la matière ? Le Cofor pourra-t-il se passer un jour de Solidarité Réhabilitation, structure porteuse et gestionnaire, étroitement liée à l'AP-HM (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille), qui sur son site internet met en avant les études de Fondamental, la fondation de santé mentale qui siphonne les budgets étatiques pour ses recherches en neurosciences ? Parano, moi ? Confuse, sans doute...

Reste que, en comparaison à ce qu'on pouvait faire de manière informelle à Toulouse³, le Cofor touche plus de monde, garantit un cadre pérenne sur la durée et donc un approfondissement des questionnements et une accumulation de connaissances et d'outils. Et surtout, il permet à beaucoup de gens de ne pas avoir le médicament pour seul horizon.

TEXTE ET COLLAGE : H. K.

PUBLIÉ DANS LE DOSSIER
PSYCHIATRIE DU CQFD
N°184 (FÉVRIER 2020).

Pour en savoir plus :
www.coforettablissement.fr

Coordination projet :
Jean-François Dupont
jf.dupont@solidarite-rehabilitation.org
06 41 85 33 18

3. Lire l'histoire du collectif Crazy Horde à la fin de l'article « Messies de tous les pays, unissez-vous », en page 29.

LES SIGNES

Il y a des années, l'auteur de ces lignes a vécu des moments de flottement, foudroyants, douloureux et exaltants. Quand la marée est revenue à un étiage supportable, il a ponctué ce texte, comme s'il s'agissait d'un autre. Manière de se retrouver dans le labyrinthe de ces moi qu'on nous vend comme uniques, à grand coups d'internements et de consultations. Le pire labyrinthe, c'est la ligne droite.

L IL VIVAIT dans un studio en ville-active, à la périphérie de la ville. Dans une résidence où on différenciait les appartements par le chiffre inscrit sur chaque porte, avec carte magnétique au portail et à l'entrée du bâtiment. À proximité d'un échangeur d'autoroute, d'un péage, d'un boulevard. De l'autre côté du boulevard il y avait le supermarché où il allait faire ses courses. Et dans la ville-active de grands commerces, des hôtels, des restaurants, des snacks, des centres sportifs et aquatiques, un stade, un hôpital, des cabinets médicaux...

Il n'avait pas choisi d'habiter ici, mais son frère ne résidait pas loin. Ils avaient emménagé vers le milieu du mois de novembre, pour l'essentiel des cartons et un vieux canapé. Dans les cartons il y avait surtout des fringues, des bouquins, des papiers. Le studio était équipé d'un lit, d'une chaise, d'une table, d'un placard, d'un coin cuisine et d'une salle de bain.

C'était un gars d'une quarantaine d'années. Il pouvait paraître plus jeune que son âge, selon les moments et les personnes. Il ne travaillait plus depuis des années, depuis qu'il avait quitté la capitale. À l'époque, il n'avait plus voulu exercer son métier, sans savoir ce qu'il ferait après. Il n'avait pas eu d'autre emploi, à part quelques bricoles non déclarées, soit qu'il n'avait rien trouvé soit qu'il n'en avait pas recherché.

Du coup il vivait des allocations sociales.

Au départ, il passait pas mal de temps à dormir, ou à essayer, au milieu de ses cartons encore emballés (ils le resteraient pendant des mois). En tout cas, il était souvent allongé. Le temps ne lui paraissait pas long. C'était encore, ces premiers mois, le moment où il pensait à ce qui venait de lui arriver, et pas à sa situation présente et à ce qui pourrait en découler. Il s'en souviendrait comme d'une période bénie. Il écoutait, sans y prêter attention, le trafic routier, et puis à la tombée de la nuit les oiseaux, il ne savait pas de quelle espèce, qui arrivaient par bancs entiers. Ils les regardaient se mouvoir dans le ciel bleu, rose, orangé, avec le même élan. Leurs cris parvenaient à couvrir le bruit du trafic.

À part voir son frère il ne croisait que des passants quand il allait au supermarché ou au bureau de tabac, les seules sorties qu'il fit, d'abord. Les relations humaines ne lui manquaient pas. C'est plus tard qu'il en sentirait l'absence.

Au bout de deux, trois mois à ce rythme, il s'est mis, ou remis, à marcher. Il allait en ville, ce qui lui prenait une petite heure à pied, se baladait, buvait un coup ici ou là, empruntait les rues exigües ou les boulevards, passait à côté des ruines, des monuments protégés, des institutions publiques,

s'asseyait dans le jardin du centre-ville. Il observait les cygnes, les canards, les poissons dans le bassin et parfois il en était presque à leur parler. Ou alors il allait à la bibliothèque où il s'était inscrit. Ces excursions pouvaient durer 4, 5 heures. Puis il rentrait chez lui en espérant trouver bientôt le sommeil. Il se couchait de plus en plus tôt, observant qu'il était plus frais même tôt le matin que tard le soir. Parfois il se couchait à 18 h. Il ne s'endormait pas automatiquement, mais la position horizontale manifestait sa décision que la journée était finie. Et c'était déjà ça.

Son frère travaillait beaucoup et ils se voyaient peu. C'est lui qui était venu le chercher dans le village perché dans les montagnes où il avait loué l'été précédent une piaule dans un hôtel, pendant trois semaines. Il l'avait ramené chez lui, une maison avec une piscine et un grand jardin, en ville-active. Il en était parti au bout de quelques jours, avant d'y revenir plusieurs fois et d'en repartir d'autant, jusqu'à ce qu'il s'installe dans le studio. Parfois il nageait, la plupart du temps il regardait simplement l'eau, ou faisait le tour de la piscine en parlant, en chantant. Il mettait un temps fou à savoir quel fringue se mettre, tant chacun impliquait ce qui se passerait, ce qui lui passait ou lui passerait par la tête.

Il avait choisi le village parce qu'il était à proximité d'un pont. Il allait y observer les sauts à l'élastique. Tenté d'en faire un il avait renoncé, soit qu'il ait manqué de courage soit que ça ne l'intéressait plus ou, pour se raconter une histoire, il se disait qu'il trouvait tout ça simplement absurde. La nuit aussi, il faisait les kilomètres qui le séparait du pont. Il se mettait au même endroit qu'en journée, un peu en surplomb. Il n'arrivait pas à dormir et ce n'était pas exactement ce qu'il voulait non plus. Il regardait les traces des avions, les derniers oiseaux qui s'épuisaient, les montagnes dans l'obscurité qui ressemblaient à des falaises, puis les diverses sortes de plantes, éclairées légèrement à la frontale, qui lui parlaient. Puis il repartait vers l'hôtel, à 4, à 5 heures du matin.

Quand il n'allait pas au pont il restait au village, soit dans sa chambre où il feuilletait des magazines et essayait de dormir, soit dans des cafés où il se demandait à chaque fois ce qu'il prendrait. Ce qu'il buvait, comme ce qu'il mangeait, déterminerait ce qui arriverait, et inversement. Alors il ne fallait pas se tromper. C'étaient des cafés, des décaféinés, des allongés, des noisettes, des chocolats, des jus de fruits, et pas n'importe

Il faisait gaffe à tout, et tout le menaçait.

quel fruit, des diabolos, parfois des bières, aromatisées ou pas. Cela l'orientait vers des personnes de son entourage immédiat, même anonyme, qui en représentaient d'autres de la ville où il était censé habiter, de sa vraie vie. Dans sa dramaturgie interne, chaque gorgée, bouchée, pensée, mot, dit ou retenu, chaque habit, signalisation, haut, bas, gauche et droite, forme ou couleur, chaque coupe de vêtement, signal routier, oiseau, et pas n'importe quel oiseau, chaque chant d'oiseau, et différemment du choucas ou de l'hirondelle, chaque animal, des rapaces aux insectes, des vivants et des empaillés, en magazine ou à la télé, chaque geste, posture, membre du corps, monnaie rendue ou payée, les pièces, les billets, les chèques, la carte bleue, les horaires des trains, l'organisation des gares, les destinations, les voitures, les avions, les trotinettes, les vélos, les motos, leur couleur, leur forme, leur marque, leur vitesse, leur prix, chaque date, heure, minute, seconde, chaque homéopathie, astrologie, acupuncture, hypnothérapie, conseillé en ceci, en cela, chaque médecine, psychologie...tout faisait signe à son existence et en déterminait le cours. Alors il ne fallait pas se tromper.

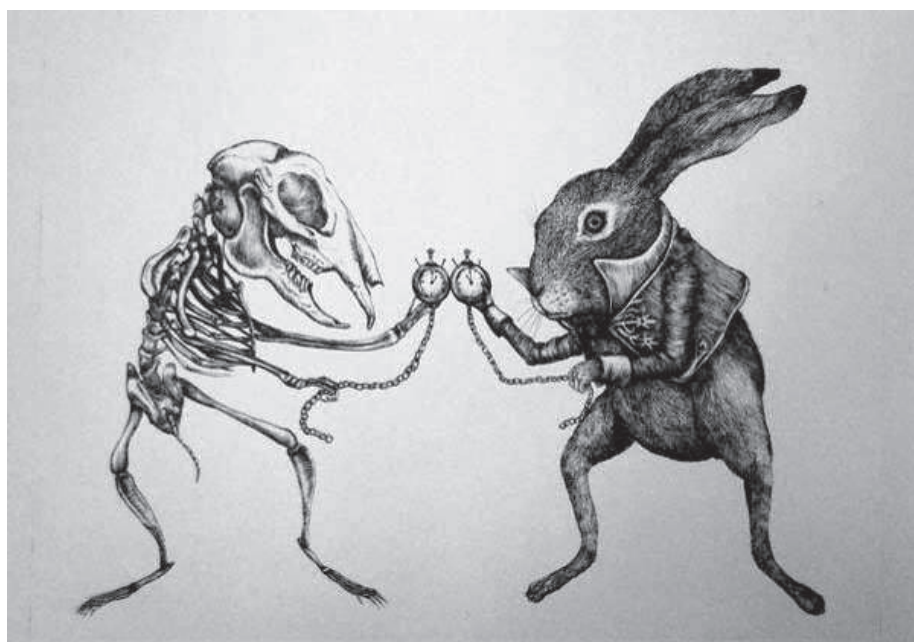
Il faisait gaffe à tout, et tout le menaçait.

Il tournait en rond dans les gares pour choisir telle direction, attendre tel train d'où devait descendre telle personne, connue ou inconnue, selon ses spéculations, son instinct. Il se fiait beaucoup à l'instinct, qui légiférait son existence désormais, celle des autres, les mystères de la vie. Dans son sac, qui ne le quittait jamais, il y avait des lettres de femmes qui lui avaient été adressées et une corde d'escalade. Il était allé la chercher dans un magasin d'alpinisme, prétextant vouloir une corde la plus rigide qui soit pour tenir sous le poids d'un corps humain, lors d'une représentation théâtrale. Il faisait des nœuds avec, la jetait, allait en racheter une autre. Puis il partait dans des directions qu'il connaissait ou ne connaissait pas. Il aimait prendre le train. Il allait au bar pour prendre un café, un décaféiné, un allongé, une noisette, un chocolat, un jus de fruit, un diablo, parfois une bière, aromatisée ou pas. Les personnes qu'il croisait lui offriraient un emploi, un amour,

un endroit où habiter, une vie. Chacun était représenté par un anonyme, un inconnu (le plus souvent une inconnue), chaque inconnu était représenté par une connaissance. Ce qui se jouait ici avait lieu là-bas. Il allait dans des endroits où il pensait qu'une des femmes qui lui avait écrit ces lettres, ou même une autre, une nouvelle femme, se trouvait. Il s'orientait aux signes pour choisir ces lieux, à des souvenirs où elles apparaissaient. Dans le fond peu importait les endroits, dans la mesure où la vie qui se trouvait en n'importe lequel continuait d'avoir lieu ailleurs, sous d'autres visages, d'autres formes, d'autres circonstances, mais avec les mêmes conséquences.

Il retournait ainsi souvent dans la capitale, chassant une de ces femmes des lettres ou une autre, imaginaire, opportune. Il louait une piaule dans un hôtel les premières fois puis allait dans un appartement que lui prêtait un pote, ensuite. Il y avait retrouvé ses parents, et « le bonheur au bout de la rue » d'une inscription murale lui avait fait penser qu'il était passé à côté du grand amour, ancien et renouvelé ou inédit, ou de son destin. Il y retournait inlassablement pour le trouver. Il sillonnait un quartier, puis un autre, encore un autre, de bars en bars, de pâtisseries en épiceries, de supermarchés en jardins publics, de rues en places, et retour, changeant de métros, de tram, de RER, de bus, s'orientant aux signes : stickers, affiches, panneaux publicitaires, écrans, pâtisseries, chants d'oiseaux... Il était allé à Brest, y avait loué une voiture pour aller au Mont-Saint-Michel, l'avait rendue après 50 kilomètres sans le voir, avait visité le centre-ville, le port, le bord de mer au-delà. À La Rochelle il avait marché sans but une journée, attentif aux pies. Il était allé dans le sud-ouest, avait failli prendre un bus depuis Bordeaux

jusqu'à Lacanau, puis était allé à Dax. Il changeait souvent de téléphone, qu'il perdait cassait ou qui ne marchait plus. Il avait fait un saut en parachute et avait apprécié l'impression cotonneuse d'une longue apnée. Il était allé à Perpignan, avait vu le Canigou depuis le palais, s'était perdu dans le vent jusqu'à Collioure, avait parlé aux ânes qui brouaient dans le centre. Il avait eu un camion, était allé en Ardèche avec, l'avait cassé. Plusieurs fois il était parti plusieurs jours et nuits en forêt. On l'aurait retrouvé à Berlin, ayant loué une chambre dans un hôtel puis dans une colloc. Au bout d'une semaine il avait vu les gens qu'il connaissait et était reparti le lendemain, se demandant s'il devait prendre cet avion-là, embarquant avec des larmes de dépit. À Lyon, pour déterminer quelle vie l'attendrait, il avait traîné la nuit autour de la gare, faisant des cercles toujours plus grands autour d'elle, puis y revenant, à l'ouverture, y boire un café ou prendre un train. Parfois il dormait dans des hôtels de luxe à plus de 100 euros la nuit, parfois dehors sans même une tente. Toutes ses économies y passaient sans qu'il parvienne à s'en foutre. Il était allé voir des médecins, des hypnotiseurs, des acupuncteurs, des psychologues, un marabout. Il avait décidé de quitter l'appartement qu'il avait loué, où reposaient encore intacts de l'emménagement cartons et vieux canapé, après un an, sans savoir où il irait ensuite. Plusieurs fois, il avait essayé d'y emménager confortablement, sans succès. Il voulait être serveur, explorateur, metteur en scène de cinéma, tatoueur, électricien, cuisinier, rock star, avoir un enfant, travailler, aimer quelqu'un, n'importe quoi. Dans cet appartement il finissait immobile



Dans cet appartement il finissait immobile de peur des signes qui s'annonçaient, dehors, et qui avaient fini par envahir jusqu'aux moindres gestes, moindres bruits, moindres variations de la lumière, dedans.

Mais il ne voyait plus le reflet de son être dans les différentes figures qu'il avait prises, ni dans les masques successifs qu'il avait empruntés les diverses possibilités de la vie. Et cela le soulagait d'un poids non négligeable, le sien.

de peur des signes qui s'annonçaient, dehors, et qui avaient fini par envahir jusqu'aux moindres gestes, moindres bruits, moindres variations de la lumière, dedans. Il y avait encore les cris des oiseaux, les volets qui battaient, les pensées qui tournaient, la présence d'un corps qui était le sien et qui était de trop.

Quand il n'eut plus d'argent, il appela son frère.

En ville-active il lui avait trouvé un psychiatre qu'il avait lui-même consulté jadis et qui donnait des rendez-vous rapidement. Il avait pris les médicaments qu'il lui avait prescrits. Ce jour-là, il avait fait du vélo.

Il passait pas mal de temps à essayer de lire, se baladait, faisait le tour des cafés, allait sur Internet, au supermarché, au bureau de son frère, regardait la télé. La solitude le ramenait à l'essentiel. Voir quelqu'un c'était le bout du monde. Quelqu'un d'aimé, l'au-delà.

Il avait acheté une étagère pour les bouquins, avait rangé ses fringues dans le placard et les cartons qui restaient sous la table, hors de sa vue. Il ne savait plus trop quoi faire, ni maintenant ni d'ici à sa mort quand elle viendrait. Ce qui le plongeait dans une sorte de torpeur dont il se demandait quand il en sortirait. D'ailleurs il ne savait pas combien de temps il allait rester ici. Les journées devenaient interminables. Étrangement, il vivait une routine assez semblable à celle d'un emploi à vie, une routine qui finalement ne l'avait jamais quitté, quand il y pensait. Il n'avait pas vu le temps passer, quoiqu'il se fut ennuyé beaucoup, et l'âge, son âge, il l'avait réalisé en une fois, soudainement, avec tout ce qu'il impliquait. Sans futur crédible, sans but véritable, son passé, en parallèle, s'étiolait à mesure, et il vivait dans une sorte de présent inconsistant. Les femmes qu'il avait harcelées, tout ce dont il avait honte était sous ses yeux.

Après avoir essayé plusieurs fois d'écrire ce qui lui était arrivé, il se trouvait insatisfait. Il s'agissait d'événements de son passé, dont il avait été l'acteur, parfois malgré lui, et qu'il ne parvenait pas à reconstituer. S'il parlait à la première personne le résultat lui paraissait boursoufflé de « je », et peut-être même sonnait-il faux, car il lui semblait que cette personne qu'il avait été était devenu quelqu'un d'autre, se montrant inapte à lui rester fidèle, en tout cas à cette somme d'impressions qui l'avaient dépassé. S'il en faisait la narration à la troisième, cela sonnait tout aussi faux, car il s'agissait tout de même de lui et de nul autre. Au total, entre l'introspection et la description, il ne voyait pas de troisième voie, médiane, à même d'en rendre compte. Aussi est-ce par dépit qu'il avait choisi de se tenir au plus proche d'une simple description, faisant appel à sa mémoire, forcément fautive, pour tenter de tisser de nouveau la toile où il s'était trouvé pris.

Au total, les phénomènes mentaux, en grande partie imaginaires, finalement, auxquels il s'était trouvé assujéti, maintenant qu'ils l'avaient quitté, lui paraissaient toujours étranges. C'est poussé par ce sentiment qu'il avait tenté de les transcrire en mots, eux qui en faisaient souvent l'économie. Cette traduction, insatisfaisante donc, lui paraissait manquer l'essentiel, ou en tout cas se montrait incapable à ses yeux de délivrer une connaissance adéquate à leur objet. L'absence d'autrui, de plus, lui paraissait criante. Car c'était justement, bien loin de ce qu'un simple portrait serait capable de montrer, le fruit de dialogues, incessants, interrompus, dialogues de sourds pour la plupart, dont il s'agissait en fin de compte. Or de cet autrui dans son texte final il ne voyait que faiblement trace. Un autrui évanescant, bien loin de ces présences immatérielles persistantes qui peuplaient alors son monde, contre lequel la plupart du temps il combattait, hanté qu'il était par les menaces imaginaires qui pesaient sur lui.

PAR JULIEN L'ESPRIT

Vivre avec le trouble

EN MATIÈRE de santé mentale, quand le couperet du diagnostic tombe, il est souvent difficile d'envisager de vivre avec la maladie : il serait impossible de mener une existence heureuse et épanouie, de fonder une famille, de construire des projets. Bref, on ne pourrait pas se rétablir d'une maladie psychiatrique. Et c'est justement ce que combat le concept de rétablissement en santé mentale : se rétablir, ce n'est pas guérir mais apprendre à vivre avec ses troubles. Pour cela, il existe de nombreux outils permettant de reprendre le pouvoir sur sa vie et de ne plus résumer son identité à son diagnostic.

Le mouvement défendant ce concept nous vient tout droit des États-Unis – où il est appelé *recovery* – et a été largement porté par les premières et premiers concernés. À partir de 2005, se sont développés à Marseille des dispositifs alternatifs à la psychiatrie classique¹, basés sur le rétablissement et sur l'importance du « travail pair », qui reconnaît les usager·es de la psychiatrie comme des expert·es en la matière. *Se rétablir*, la bande dessinée de Lisa Mandel dont nous publions ici quelques planches, présente plusieurs de ces structures qui proposent une autre

En mai dernier, la talentueuse Lisa Mandel a sorti sa nouvelle bande dessinée, *Se rétablir*, aux éditions Exemple. Ce travail de longue haleine présente le concept de « rétablissement » en santé mentale, c'est-à-dire l'idée que l'on peut vivre avec un trouble psychiatrique tout en menant une existence épanouie. Que l'on reste une personne avant d'être un diagnostic. L'ouvrage recueille, avec humour, les témoignages de plusieurs personnes directement concernées. Il revient aussi sur l'histoire du rétablissement et la révolution qu'il représente dans la façon dont on traite les problèmes psys.

manière d'aborder la santé mentale, « en redonnant le pouvoir d'agir aux personnes concernées », comme l'écrivent les éditions Exemple.

C'est d'ailleurs sur les témoignages de ces personnes que repose la BD : « *Qu'elles soient entendeuses de voix comme Romain, bipolaires comme Chloé ou atteintes de TDAH [trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité] à l'instar de Jonathan, chacune nous [prouve] que nous ne sommes pas uniquement définis par nos neurodivergences, et qu'avec un accompagnement adapté, il est possible de s'en sortir.* »

Se rétablir permet également d'entrevoir les outils que mettent en place ces personnes, leurs proches, et certain·es allié·es du monde médical pour entamer ce long chemin :

« (re)connaître son trouble, le comprendre, l'approprier, trouver du soutien », retrouver de l'autonomie et du pouvoir sur sa vie. Le rétablissement, c'est avant tout changer de perspective, comme le définit Agathe Martin, membre de l'association Comme des fous, fondée par des personnes concernées par un trouble psychique : « *Se rétablir, c'est peut-être simplement donner sa juste dimension à la maladie dans sa vie et dans son identité* ². »

Se rétablir, puissant outil pour lutter contre la stigmatisation des personnes concernées par des troubles psys, paraîtra en mai prochain aux éditions Exemple, cofondées par Lisa Mandel. Le but de cette structure est notamment d'assurer une juste répartition des revenus auprès des auteur·es, victimes d'une précarisation galopante depuis plusieurs décennies. Cerise sur le gâteau, une partie des bénéfices sera reversée à des structures marseillaises alternatives axées sur le rétablissement. Bref, on vous le dit tout net, chapez cette BD !

PAR CÉCILE K.

PUBLIÉ DANS LE CQFD
N°206 (FÉVRIER 2022).

1. « Folie et précarité : la double peine », CQFD n°184, page 16.

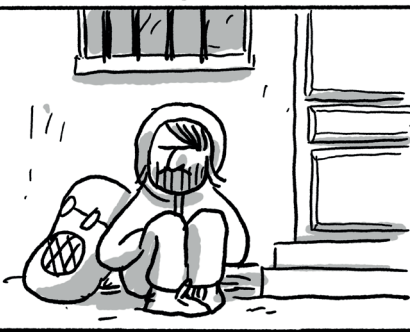
2. « Travailler pour s'en sortir ? », revue Rhizome, n°65-66 (décembre 2017).



Quand tu es tout le temps speed, que tu t'embarouilles pour un rien et que tu tiens pas en place ...



... ben tu finis par te marginaliser ...



... et dans la marginalité tu rencontres des gens identiques à toi ...



... c'est comme ça que je suis entré dans la délinquance



Même en vivant dehors j'ai continué d'aller à la salle de sport ...



Ça me faisais du bien et je profitais des douches



plein de fois j'ai essayé de me soigner ...



mais les traitements n'étaient pas adaptés

Notre TERTIAN là, il me met dans le pétrin, mais je suis toujours énervé



ABILIFY, DÉPAKINE... Rien ne fonctionnait ...



Le DIPIPÉRON c'est un traitement utilisé pour les personnes en isolement et en contention ...



je me disais, sans aucune tristesse ...





A' SVIVRE)



(A' SUIVRE)

« Messies de tous les pays, UNISSEZ-VOUS »

« L'envie de raconter mon histoire était déjà présente dans mon délire. » Dans *Barge*, Hélo K. explique comment, à 20 ans, son esprit a peu à peu dérivé dans un délire messianique. Délire qui la conduira à l'hôpital psychiatrique à plusieurs reprises. Auto-édité, ce livre est une plongée intime dans cette aventure. Mêlant ses carnets, des extraits de son dossier médical et des lettres de proches, cet objet est un précieux témoignage pour tenter de comprendre ce que peut signifier une bouffée délirante – et un autre rapport à l'existant. Un récit puissant qui agit en révélateur des folies du monde standard. La parole est à l'autrice.

LA MISSION

« Je vivais une crise mystique : j'avais un sentiment d'amour incommensurable pour tous les êtres humains et l'impression qu'il fallait nous sortir de là. Par ailleurs, je frayais dans la nébuleuse anarchiste qui, pour moi, visait juste politiquement : critique du pouvoir, remise en cause du capitalisme, aberration des États et des frontières... En 2000, lors de ma première bouffée délirante à Berlin, je voulais monter une exposition qui prouverait l'importance de ces idées. J'habitais la nouvelle Jérusalem et j'avais un message à délivrer au monde.

L'énoncé de ma mission était limpide : je devais "répandre l'anarchie sur Terre de manière douce et non-violente". En gros, j'étais un émetteur universel et tous les habitants de la planète entendaient ce que je pensais et voyaient ce que je voyais. Je devais donc faire de ma vie un acte de propagande, en assistant

à des débats, en lisant des tracts, en "faisant des films" avec mes yeux-caméras, en fournissant du spectacle accrocheur aussi.

Cela donnait parfois des situations étranges. Comme ce jour où j'ai débarqué à Montpellier : des affiches de cinéma aux parterres de fleurs, tout faisait écho à ma mission. Je devais distinguer si les gens et les éléments qui m'environnaient étaient des alliés ou des ennemis. Et les gestes des passants m'aiguillaient pour savoir quoi filmer. J'étais en *surstimulation* et *survigilance* permanentes. Lors du contre-sommet du FMI à Prague en octobre 2000, où j'étais convaincue de jouer un rôle pilier, puisque j'étais en mesure de prévenir tout le monde de l'endroit où se trouvaient les flics. Je me pensais aussi investie d'une énorme responsabilité lors des manif anti-Le Pen en 2002, même si je ne maîtrisais pas toujours les outils pour accomplir ma mission. À ce moment-là, j'étais persuadée que mon cerveau avait été vendu à l'ennemi, car j'avais des surimpressions rétinienne de flammes du Front national et de croix gammées. J'avais peur de contribuer à répandre le fascisme malgré moi...

À chaque fois que j'atterrissais à l'HP, je me disais que mes alliés voulaient que je sois là parce qu'il devait s'y jouer des choses importantes. Les premiers jours d'internement, ma mission restait très vivace, je "filmiais" tout et cherchais à mettre en valeur les autres personnes. Pour divertir le spectateur supposé, je roulais des pelles à d'autres patients. Mais au bout de quelques jours, le traitement – auquel je répondais bien – venait casser les voix et les hallucinations. Il me cassait tout court, et je dormais quinze heures par nuit.»

LE DEUIL

L'ANARCHIPUTE

« Si j'ai "dégoupillé" en 2000, 2002 et 2004, c'est souvent parce qu'un sentiment d'amour me submergeait. On ne m'a pas appris à identifier mes émotions et à mettre des mots dessus. J'étais déconnectée de mon corps et percevais mal mes contours, mes sensations. Je ressentais une forte pression sociale concernant l'accès à une vie sexuelle adulte et la perte de ma virginité. À chaque fois que je tombais amoureuse, c'était super fort, j'étais incapable de dire à la personne que je l'aimais. À partir de là, une multitude d'interprétations sexuelles me poussaient à me confronter à mon corps, à ma chair.

Quand je suis revenue du contre-sommet du FMI, j'ai entendu mes premières voix, notamment celles d'hommes allemands qui attendaient de moi que je fasse des passes. Petit à petit, je fantasmais sur un personnage d'anarchipute, qui aurait la capacité de convaincre politiquement via l'acte sexuel. Alors je baisais avec n'importe qui, sans jamais vraiment ressentir de plaisir. Tout ça restait très cérébral. J'imaginai même parfois que c'était des "envoyés" qui devaient apparaître dans "l'écran universel". J'étais aussi en quête de l'orgasme, censé avoir un pouvoir magique pour moi et pour l'humanité. Je l'ai rarement atteint...

Tout cet aspect sexuel, c'est quelque chose qui a beaucoup marqué mes proches à la lecture de *Barge* ; ils n'avaient pas conscience de la place que ça prenait pour moi à l'époque. Au vu des circonstances, j'ai eu de la chance de ne pas choper de maladies et d'avoir subi peu d'agressions sexuelles. »

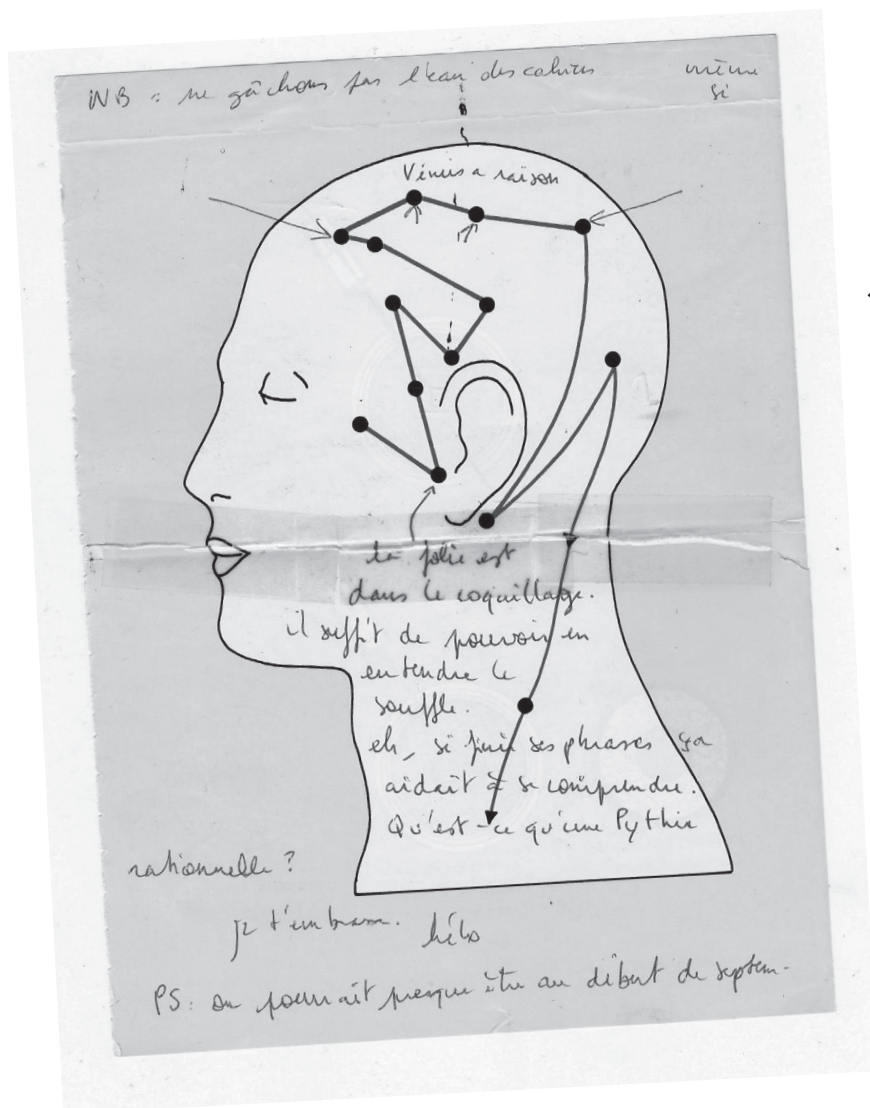
« Comme j'analysais tout – le chant des oiseaux, la forme des nuages, une information sur France Culture – par le prisme de ma mission, quand je suis retournée dans un monde plus standard, tout m'a paru plat et assez fade. Cette perte d'intensité explique pourquoi j'ai régulièrement arrêté le médoc pour revenir dans le délire et ses univers vachement plus stimulants et foisonnants. Décider de revenir à la réalité a constitué une sorte de deuil pour moi, le processus a été long.

« J'étais très centrée sur mes voix et nos dialogues. [...] Avec ce paradoxe que le psychiatre le voit comme une absence alors qu'à l'intérieur, tu vis un foisonnement monumental. »

Je suis "revenue" juste à temps. En 2004, j'avais inventé une langue complètement absconse, je passais des heures dans ma chambre à trifouiller des trucs, je me repliais sur moi-même. J'étais très centrée sur mes voix et nos dialogues. C'est là où la psychiatrie se met à parler de schizophrénie (terme contestable s'il en est!) "à symptomatologie déficitaire". Avec ce paradoxe que le psychiatre le voit comme une absence alors qu'à l'intérieur, tu vis un foisonnement monumental.

Et puis j'ai réalisé que j'étais à deux doigts de basculer vraiment, je n'arrivais plus à être en contact avec mes proches. Alors que le contact avec les autres m'est essentiel, tout comme j'ai besoin de pouvoir vivre des choses avec eux! Alors je me suis accrochée. Mais cette perte d'intensité, et cette question des allers-retours avec la folie, c'est quelque chose qui me questionne encore : comment ne pas renoncer à tout, comment ne pas se contenter de ce monde matériel plat dans lequel on s'emmerde un peu? Comment regoûter de temps en temps à cette intensité, sans replonger?»





LES ALLIÉ·ES

« Mes premiers alliés, je les ai rencontrés durant mes séjours à l'HP. Mais souvent, les médocs compliquent la communication : l'élocution, les idées, tout devient plus lent, comme pâteux. Et puis le contexte institutionnel t'empêche d'avoir de vrais échanges. La maison pour jeunes adultes psychotiques où j'ai passé six mois était par contre un véritable foyer d'émulations. On avait l'espace pour créer du commun entre "résidents", partager nos vécus, évoquer les injustices subies, se rebeller contre le psychiatre, les médocs, l'institution. »

En 2008, j'ai débarqué à Toulouse et fréquenté un centre de santé communautaire très actif dans mon quartier. Avec trois personnes

concernées par des troubles psys, on a monté *Les Chamelles*, un groupe de parole. Et puis j'ai rencontré un bonhomme espagnol qui cherchait à traduire *Le Décalogue*, un texte politique en dix points pour se défendre face à un psychiatre. Une amie psychologue s'est jointe à nous, on a traduit ce texte et décidé de l'étoffer avec d'autres infos utiles et des témoignages : ça a donné la brochure *À Claire voie – Manuel de savoir être fou en société*¹. Petit à petit, d'autres personnes se sont agrégées au groupe pour devenir le collectif *Crazy Horde* : on a monté des ateliers, une émission de radio², un infokiosque, des projections, on s'est formé au théâtre de l'opprimé... À cette époque, la psychiatrie et le soin étaient des thématiques assez peu présentes dans les sphères militantes, mais avec notre critique de l'appareil psychiatrique, on a réussi à se glisser au côté des thématiques anticarcérales, et pour

« On avait l'espace pour créer du commun entre "résidents", partager nos vécus, évoquer les injustices subies, se rebeller contre le psychiatre, les médocs, l'institution. »

tout ce qui concernait le *care* et la déconstruction du mythe du militant performant H24, au côté des pensées féministes.

Toutes ces expériences m'ont aussi permis d'entendre d'autres histoires, parfois bien plus *trash* que ce que j'ai vécu. J'estime avoir eu beaucoup de chance, et un paquet de cartes en main pour m'en sortir. La chance aussi de pouvoir en témoigner, et j'ai très envie que d'autres puissent le faire à leur tour. Il va bien falloir agréger les paroles et les colères, ce que font les associations d'usagers qui émergent. On ne peut pas se contenter de mettre côte à côte du *storytelling* individuel. Il va falloir pousser plus loin les enjeux. »

PUBLIÉ DANS LE DOSSIER
PSYCHIATRIE DU CQFD N°184
(FÉVRIER 2020).

1. Disponible sur www.zinzizine.net/clairevoie.html
2. *Crio Cuervos* sur Canal Sud (92.2 FM à Toulouse).

POUR SE PROCURER
BARGE, ÉCRIRE À :
BARGE@RISEUP.NET
BARGE.BLOG

FOLIE & PRÉCARITÉ : LA DOUBLE PEINE

Quand Marcel a débarqué de Roumanie, il a vécu quatre ans à la rue. Marcel, il a parfois du mal à se faire comprendre, parce qu'il n'a plus de dents et que le français est une langue compliquée. Parfois, Marcel pète les plombs. Bien comme il faut. Il est aussi capable de t'offrir une mini sculpture en bois en forme de cœur dans un couloir des urgences psychiatriques, au milieu des hurlements. Au fil de notre relation, Marcel m'a également fait connaître le réseau marseillais d'alternatives à la psychiatrie et sa nouvelle approche basée sur le rétablissement, qui est au cœur de cet article. Comme des milliers d'autres personnes, il vit le duo infernal de la grande précarité et de la souffrance psychique. Mais Marcel, il s'accroche.



IL Y A CELUI qu'on appelle Diogène, qui trie les poubelles nuit et jour en habit de ramoneur, ou ce jeune homme qui traverse inlassablement le même passage piéton devant l'église des Réformés, toute la sainte journée. À Marseille, on les appelle avec condescendance les « fatigués ». Sauf que derrière ces « fatigués », se cachent souvent des vies ultra-précaires, un isolement terrible et de réelles souffrances psychiques.

Dans la deuxième ville de France, l'estimation la plus courante fait état de quelque 14 000 personnes à la rue, 30 % étant touchées par des troubles psychiatriques sévères : schizophrénie, bipolarité, dépression sérieuse, etc. Des troubles qui

ne peuvent qu'être aggravés par la dureté de la vie à la rue et la difficulté de l'accès au soin. Au-delà des chiffres, on comprend que c'est souvent le traitement social de la folie qui exacerbe voire provoque ce genre de situations. Exclues, ces personnes sont empêchées de vivre comme les autres. Des passages à l'asile, parfois, mais surtout : condamnées à la rue.

Marcel, la rue, il connaît bien. Arrivé de Roumanie en 2010 pour rejoindre son frère, il échoue dans un recoin près de la gare Saint-Charles. Il y vivra quatre ans et fréquentera le centre de soins de Médecins du Monde, à la Belle-de-Mai. Un des rares endroits où les exclus peuvent trouver un peu d'aide sans qu'on ne leur demande quoi que ce soit en échange. Tous ont en commun le fait de ne pas

avoir accès aux soins, parce qu'ils sont sans-papiers et/ou n'ont pas de couverture santé. Pendant un mois, Marcel prévient quotidiennement les équipes : « *Aidez-moi, ma tête va exploser, mon pancréas aussi, je veux mourir.* » Jusqu'au jour où il ramasse un tesson de bouteille pour en finir.

Suite à cet acte désespéré, les équipes de Médecins du Monde le mettent en relation avec l'équipe mobile de psychiatrie Marss (Mouvement et action pour le rétablissement social et sanitaire). Trois semaines après, Marcel est enfin reçu par la psychiatre de l'association. Pas tiré d'affaire, mais enfin écouté, il sort peu à peu de l'isolement, mais pas de la précarité.

MARSEILLE, CAPITALE DU « RÉTABLISSEMENT » ?

Dès 2005 se développent à Marseille des dispositifs alternatifs à la psychiatrie classique, basés sur le *rétablissement*. Une approche qui s'oppose à l'idée que les troubles psychiques seraient incurables ou qu'on ne pourrait pas vivre avec, mettant en lumière la double peine que subissent les personnes concernées : d'une part celle de la maladie et de ses symptômes, d'autre part, celle de ses conséquences sociales (violence, exclusion et stigmatisation).

Le *rétablissement*, ce sont entre autres les équipes de Marss qui l'important des États-Unis à

Marseille, où sont lancées plusieurs expérimentations innovantes. Des voyages d'études avaient permis aux acteurs de ces différents projets (psychiatres, chercheurs, etc.) de comprendre l'importance du «travail pair» qui reconnaît les usagers de la psychiatrie comme des experts en la matière. Les personnes qui ont connu la rue, la psychiatrie ou les addictions sont souvent bien plus légitimes que d'autres à travailler dans les structures de soin.

En 2007, compte tenu des difficultés inhérentes au soin des personnes à la rue, un collectif décide d'ouvrir un squat rue Curriel, en plein centre-ville. L'objectif du *Marabout* : proposer à des sans-abris vivant avec des troubles psychiatriques sévères une alternative aux foyers de SDF et à l'hôpital psychiatrique. Après la visite de Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, le squat devient moins expérimental et s'institutionnalise. Par ailleurs, ses équipes obtiennent une subvention pour lancer l'expérimentation «Un chez soi d'abord»,

qui procure des logements sociaux aux personnes sans-abri en souffrance psychique. Leur démarche : renverser la philosophie des plans de lutte contre le «sans-abrisme», lesquels prônent le traitement et l'abstinence de drogue et d'alcool avant de (ou sans) prendre en compte la question du logement.

En 2015, Marcel s'installe à *La Réquize*, un squat tout juste ouvert par l'association Marabout, dans lequel logent une trentaine d'habitants¹. «Je m'y sentais bien, les gens faisaient parfois de grosses crises, mais j'avais ma chambre et un espace pour dessiner», se souvient Marcel. Sa situation se stabilise et lui permet enfin de s'attaquer, avec l'aide de l'association Marss, à sa situation administrative et à l'ouverture de ses droits pour obtenir l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Il est régulièrement suivi par la psychiatre de l'équipe, à qui il voue un amour inconditionnel, et soigne enfin son pancréas déglingué.

1. « Marseille : occupy la psychiatrie », CQFD n° 148 (novembre 2016).

Deux ans après, *La Réquize* est honteusement expulsée. Traumatisé par l'épisode, Marcel prend ses affaires et trouve refuge à l'étage d'un café associatif marseillais dans lequel il se sent bien. Cette situation précaire dure plus d'un an. Les procédures administratives kafkaïennes pour obtenir des aides auxquelles il a droit, la difficulté à comprendre le français et à pouvoir réellement exprimer ce qu'il veut, les équipes de Marss débordées et un traumatisme lié à une piqûre qui lui a été administrée aux urgences psychiatriques, provoquent chez lui une souffrance terrible et un profond sentiment d'injustice.

En 2017, Marcel intègre *Le Lieu de répit*. Poussant la démarche du *Marabout* un cran plus loin, cet espace, premier du genre, expérimente un accueil des personnes en pleine crise psychotique afin de limiter le recours aux hospitalisations sans consentement. Il propose un refuge calme et communautaire où se poser le temps de traverser l'épisode de décompensation. L'objectif est aussi de donner du sens à cette crise, sans qu'elle soit d'emblée médicalisée et psychiatisée. Marcel vivra au *Lieu de répit* un an et demi.



ACCUEILLIR
LA CRISE

Dans le salon du *Lieu de répit*, qui accueille une dizaine de résidents, trône cette phrase de Prévert : « *L'ordre des choses est dans le désordre des êtres* ». Voilà qui pose l'ambiance. Dans ce nouveau refuge, Marcel a de la place pour dessiner, sculpter et même exposer ses œuvres dans la pièce commune. Il entame un stage dans un atelier de menuiserie et gagne enfin un salaire. En revanche, il trouve l'atmosphère du lieu anxiogène : « *C'est dur de réunir autant de souffrances sous un même toit.* » Les

2. Équipe mobile de psychiatrie qui intervient au domicile des personnes dans trois arrondissements du sud de Marseille, pour éviter les hospitalisations.

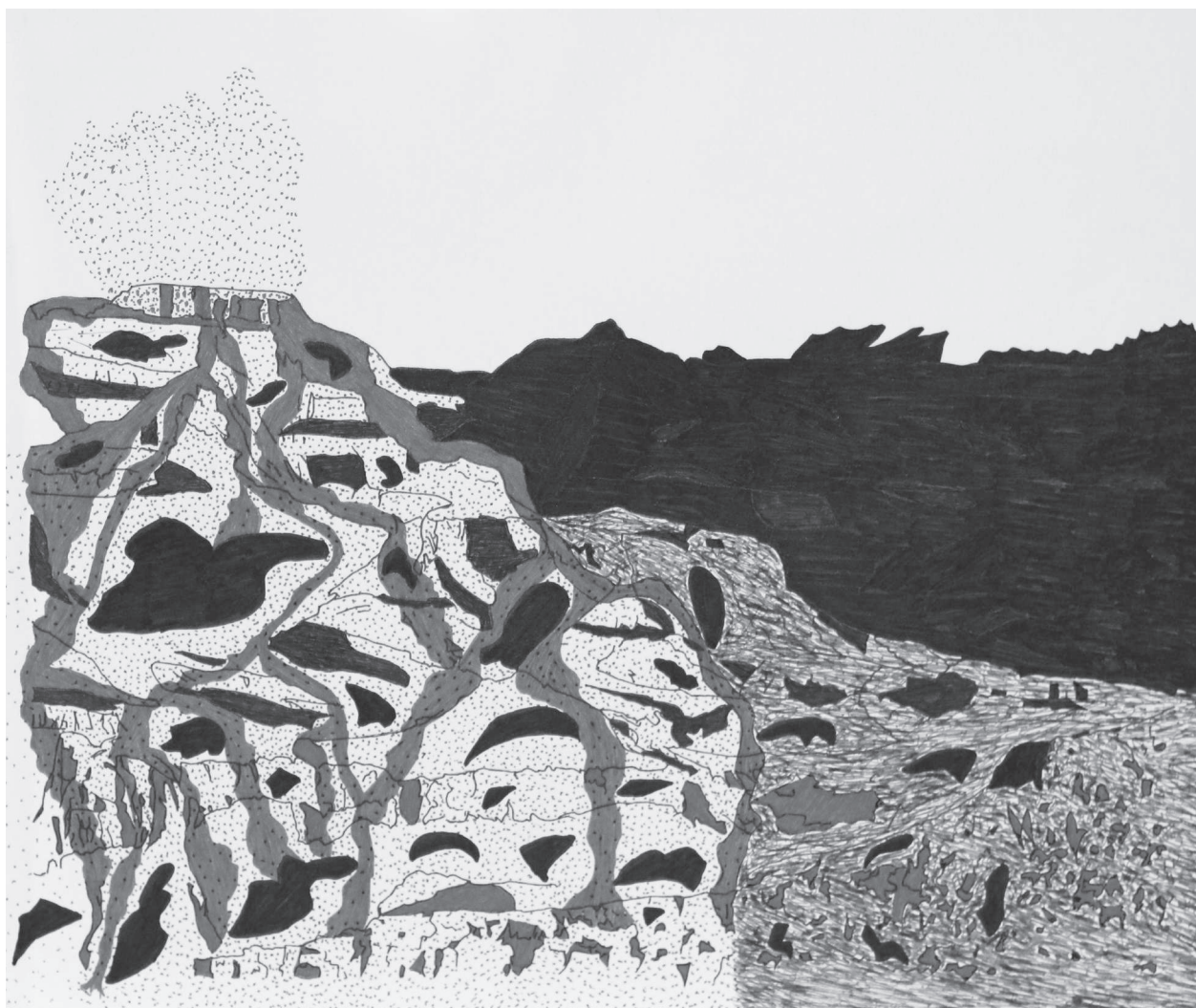
résidents, orientés par les équipes mobiles de Marss et de l'Ulice (Unité locale d'intervention de crise et d'évaluation²) ou par des proches, arrivent

parfois bien cabossés. « *C'est effectivement très vivant*, ironise Jodi, salarié depuis quelques mois en tant qu'intervenant en santé mentale communautaire. *On navigue constamment entre des moments de fortes tensions et d'autres plus légers.* »

L'objectif de l'équipe, composée de professionnels de santé, chercheurs, éducateurs, bénévoles et travailleurs pairs ? Accueillir la crise. Et surtout, la décortiquer. Saphir Desvignes, chercheuse au *Lieu de répit* et elle-même usagère de la psychiatrie, explique qu'il s'agit surtout « *d'orienter le regard de la personne sur ses forces et son autonomie plutôt que sur ses vulnérabilités, découvrir au quotidien ce qui fait du bien et ce qui fait monter en pression* ». La présence de travailleurs pairs et l'absence de psychiatre sur le lieu renversent considérablement les

schémas institutionnels. « *L'équité dans la relation est fondamentale* », précise Saphir. Le soin, ici, sera tout autre : « *Accueillir la crise, ça peut consister à aller fumer une clope avec la personne ou la laisser exploser trois assiettes sans intervenir de façon coercitive*, poursuit Saphir. *C'est un travail relationnel. L'important, c'est d'abord de reconnaître cette crise, car elle a toujours une cause. C'est souvent un signal inconscient et incontrôlé pour exprimer un besoin ou une attente insatisfaite... Mais certains professionnels de la santé n'ont pour seule réponse qu'une piqûre.* »

Cette nouvelle approche est parfois compliquée à appréhender pour les résidents qui n'ont pas forcément fait le choix du communautaire et pour qui les concepts d'*open dialogue*³ et de rétablissement sont souvent flous. Marcel en a



3. L'*open dialogue* est une approche psychothérapeutique qui trouve son origine en Finlande. Elle repose sur une philosophie de travail en équipe, un partage des compétences entre soignants, une gestion de la crise centrée sur le patient et ses émotions plutôt que sur le symptôme en essayant de recourir le moins possible à un traitement antipsychotique ou à une hospitalisation.

été lui-même déstabilisé durant son séjour : « *Ça se dit lieu de soin, mais il n'y même pas de médicament, même quand tu as mal à la tête.* »

Parfois, la crise s'avère trop forte pour être « accueillie ». En novembre dernier, Marcel a de nouveau « dégoupillé » – « *Ça fait dix jours que je mange plus, j'ai trop de colère en moi* », me confiait-il à l'époque. Encore une fois : précarité, fatigue nerveuse et une tension avec un des salariés du lieu le replongent dans un lancinant sentiment d'injustice. La suite ? Flics, pompiers, Samu : direction les urgences psychiatriques. Dix minutes d'entretien, et le psychiatre lui demande de quitter les lieux. « *J'ai refusé la piqure* », me dira-t-il en sortant des urgences, tout tremblant. Il retournera au *Lieu de répit*, pour « finir » sa crise. Et les choses se tasseront. À nouveau.

L'adhésion des résidents au projet étant parfois compliquée, le contrat de départ doit être clair. Jodi rappelle d'ailleurs que le lieu ne peut offrir qu'un répit temporaire : « *On ne peut pas représenter un logement sur la durée, on bosse comme des fous, mais on fait avec les moyens du bord.* » Avec un 115 constamment saturé et la crise des logements (sociaux) marseillais, il est souvent très compliqué de proposer une solution d'hébergement satisfaisante à la fin du séjour : « *Au bout d'une semaine, un ou trois mois maximum, les gens repartent dans leur famille, chez des potes, à l'hosto... ou retournent à la rue. C'est évidemment une situation de merde.* »

« Accueillir la crise, ça peut consister à aller fumer une clope avec la personne ou la laisser exploser trois assiettes sans intervenir de façon coercitive. C'est un travail relationnel. L'important, c'est d'abord de reconnaître cette crise, car elle a toujours une cause. C'est souvent un signal inconscient et incontrôlé pour exprimer un besoin ou une attente insatisfaite... Mais certains professionnels de la santé n'ont pour seule réponse qu'une piqure. »

LA LIBERTÉ D'EXPÉRIMENTER ?

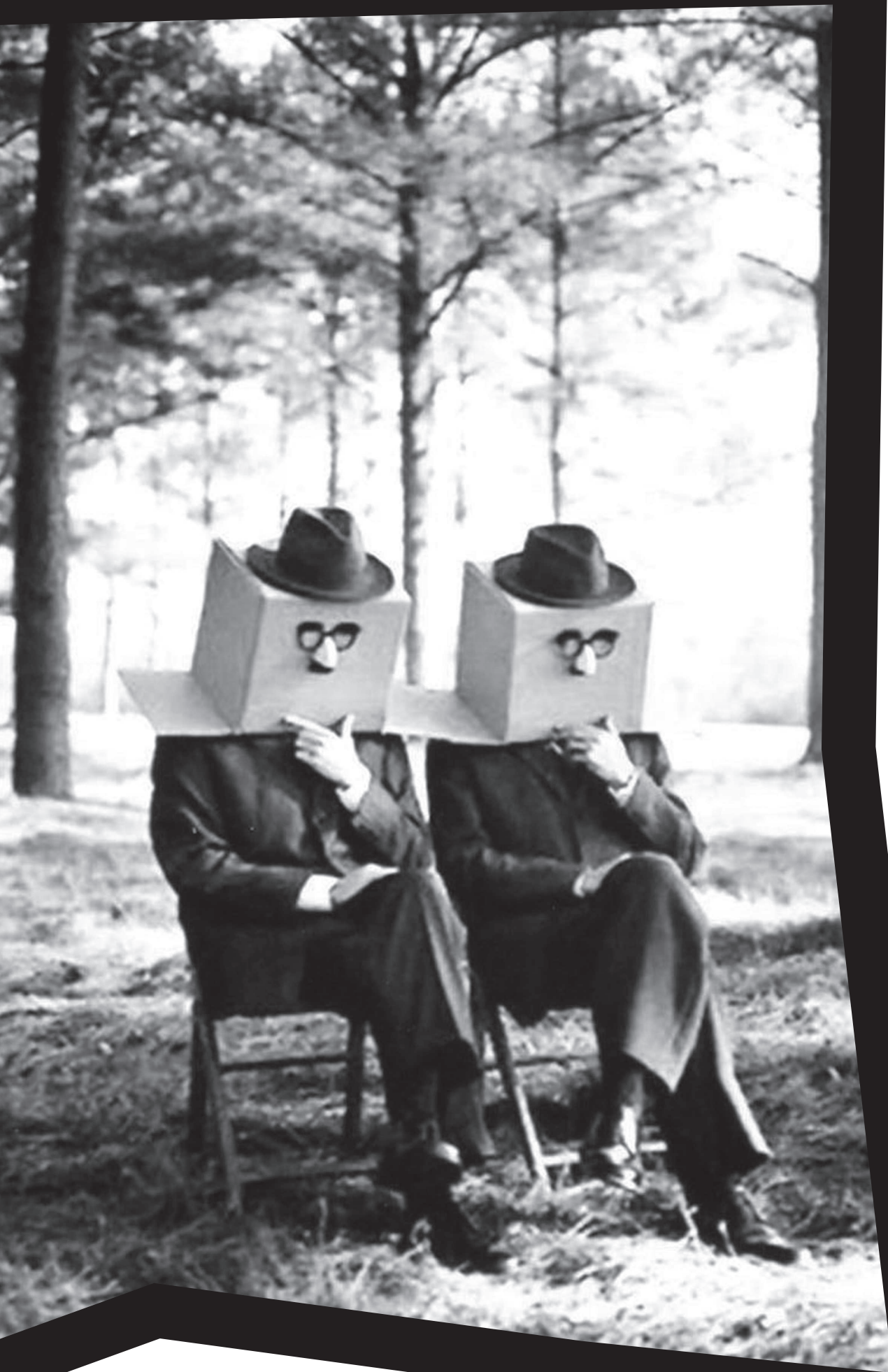
« Il y a un gros enjeu autour de cette expérimentation, précise Saphir. Le fait de pratiquer une recherche qualitative, quantitative et médico-économique permet de montrer à l'Agence régionale de Santé [ARS] l'intérêt qu'elle à financer Le Lieu de répit et à développer ce type d'initiative sur tout le territoire ». L'indépendance et la réelle liberté d'expérimenter sont forcément ternies par ces enjeux financiers : le lieu est financé par un organisme et un programme dépendant du ministère de la Santé⁴. Anne, ancienne travailleuse sociale, ne décolère pas : « *Le lieu a reçu un million d'euros pour réhabiliter cet ancien squat. Ça ne peut pas être totalement un projet alternatif si c'est financé par l'ARS.* » Par ailleurs, Anne déplore un certain manque de confiance accordé aux premiers résidents du

lieu à qui il avait été promis des postes salariés : « *Le choix de la santé communautaire est ambitieux, il implique de prendre des risques. Par exemple, un dessinateur professionnel a été engagé alors que Marcel aurait très bien pu être l'art-thérapeute du lieu.* »

Marcel a finalement quitté *Le Lieu de répit*, fin 2019. Saphir se souvient de sa dernière crise où la violence escaladait entre les murs du dispositif : « *De nouveau, il voulait tout lâcher et notamment son stage qui devait pourtant garantir son futur logement.* » La tribu marseillaise s'est alors réunie en urgence : Marss, l'équipe du *Lieu de répit*, ses proches : tous l'ont convaincu de poursuivre et de s'accrocher. Ce qu'il a fait. Il y a quelques jours, Marcel était rayonnant au café du coin, là où le jeune traverse le passage piéton devant l'église des Réformés. Il loge enfin dans son propre appartement, pas loin du fameux recoin près de la gare où il s'était abrité à son arrivée à Marseille. Son travail à « *la fabrique de chocolat* » lui plaît plutôt. Il est même amoureux. Surtout, il s'est remis à dessiner.

PAR CÉCILE K.
ILLUSTRATIONS
MARCEL PITU

PUBLIÉ DANS LE DOSSIER
PSYCHIATRIE DU CQFD
N°184 (FÉVRIER 2020).



EXPÉRIENCES PSYCHOTIQUES :

LEUR DONNER DU SENS POUR NE PLUS LES SUBIR



Moi aussi j'entends des voix. J'ai jamais pu en parler. C'est dur parce qu'elles ne sont pas gentilles avec moi, elles me disent des choses horribles. Je ne veux pas répéter ici ce qu'elles disent, c'est trop embarrassant. Mais ça me fait du bien d'en parler et de savoir que je ne suis pas toute seule. Mon médecin me dit que c'est dans ma tête et que je dois prendre des médicaments. Mais avec les médicaments je n'arrive plus à réfléchir et j'ai pris 30 kilos. C'est la première fois que je peux en parler à d'autres personnes sans être jugée.



Parce que les expériences dites « psychotiques » (perception de voix, visions, paranoïa...) sont considérées comme des symptômes de maladie, les personnes qui les vivent sont généralement incitées à tenter de les éradiquer. À l'inverse, au sein du REV (Réseau français sur l'entente de voix), chacun-e est invité-e à s'en accommoder et à les explorer pour en découvrir la signification. Voici le décryptage de Yann Derobert, membre fondateur et secrétaire de l'association.

possible de parler de ses expériences, quelles qu'elles soient : voix, visions, paranoïa, phobies... L'idée est aussi de permettre d'explorer des façons de les comprendre et de s'en accommoder qui facilitent la vie plutôt que de s'en priver. Généralement considérées comme d'ordre « psychotique » par la médecine, ces expériences sont pourtant riches de sens et leur prise en compte peut être un puissant moteur de reprise de pouvoir et d'émancipation pour la personne.

Diagnostic ? « Trouble psychotique »

Nous sommes dans les locaux d'un GEM (groupe d'entraide mutuelle)¹ et la femme qui vient de prendre la parole doit avoir une cinquantaine d'années. Permettre ce type d'expression est la raison d'être du REV France (Réseau français sur l'entente de voix). Fondée en septembre 2011, l'association s'est donné pour but de faire exister des espaces où il est

Ce jour-là au GEM, après la première intervention, une deuxième personne embraye : « Je ne sais pas si c'est pareil parce que moi, ce ne sont pas des voix... C'est des pensées qui me sont imposées. Par exemple, des pensées racistes ou alors je vais me dire

¹ Les GEM sont des associations reconnues par une loi de 2005 dite « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Elles sont censées offrir « un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne » (extrait du site handicap.gouv.fr). Je précise qu'à mes yeux, les personnes dont les propos sont rapportés ici ne sont pas handicapées. Mais le contexte social est tel que c'est souvent le « statut » qui leur est assigné.

« C'est qu'un sale pédé » alors que ce n'est pas du tout ce que je pense. Ça me gêne beaucoup au quotidien. »

La parole continue de circuler dans la salle. Tout le monde profite de l'occasion offerte pour témoigner de ses expériences. La plupart des personnes présentes ont reçu un diagnostic de « trouble psychotique » – dans la majorité des cas de « schizophrénie ». Mais parfois aussi de « trouble schizoaffectif » ou encore de « trouble bipolaire », surtout si elles n'ont pas parlé au psychiatre des voix qu'elles entendent, ce qui est très fréquent pour éviter le stigmat, jugé pire, associé au mot « schizophrène ». Conscients de ce fait, certains psychiatres acceptent même de « négocier » le diagnostic « schizophrénie » contre « trouble bipolaire » qui passe généralement mieux en société.

Partager pour retrouver une capacité d'action

Dix, quinze, vingt ans après avoir reçu un diagnostic de trouble

2. Médicaments injectés en intramusculaire avec un effet qui peut durer plusieurs semaines. Ils sont utilisés notamment quand les «soignants» doutent que les «patients» prennent régulièrement leurs cachets...

psychotique, la plupart des personnes que nous rencontrons ont connu, ensuite, un long parcours en psychiatrie. Elles décrivent pratiquement toutes la même chose : des hospitalisations quand «ça ne va pas» (le plus souvent sous contrainte la première fois) et des «soins» centrés sur la prescription de médicaments : en premier lieu des «neuroleptiques», puis tout un cortège de «correcteurs» (censés limiter les «effets indésirables» des neuroleptiques) : anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères... Un comprimé pour les angoisses, un comprimé pour s'endormir, un comprimé pour se réveiller, un comprimé pour digérer, un comprimé pour ne pas sombrer... Il n'est pas rare que les personnes se retrouvent à prendre plusieurs dizaines de gélules et cachets par jour, sans compter les injections «retard»².

Pas facile dans ces circonstances de conserver la conviction qu'on est capable de faire quelque chose qui a une quelconque valeur, autre que se conformer à ce qui est attendu de nous. Encore moins facile de résister aux voix quand elles nous disent que l'on n'est «qu'une merde». Sur quoi s'appuyer pour les contredire puisque c'est bien ce qui nous est renvoyé de partout? Quand un entendeur de voix se suicide ou tente de le faire, c'est moins parce qu'il a obéi aux voix que parce qu'il s'est laissé convaincre que sa vie n'avait pas de valeur ou qu'il n'y avait pas de possibilité pour lui d'agir pour l'améliorer...



Reconnaître l'existence des voix

La formation des professionnels (infirmières, psychiatres, psychologues...) leur fait craindre de trop s'avancer dans l'exploration des phénomènes dits «psychotiques» : «entrer dans le délire» reviendrait à le valider et lui donner de la force. Afin d'éviter cela, ces professionnels maintiennent une distance face à la personne qui évoque ses expériences et marquent consciencieusement la frontière entre eux et les «patients». Et le recueil de symptômes prend alors le pas sur le partage d'expériences, par principe «interdit».

Au REV, au contraire, la confiance naît du partage d'expériences, qui est encouragé – le témoignage de ce qui nous est arrivé et des difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Nous mettons ainsi en commun nos techniques pour y faire face, les supporter, les contourner, les surmonter, nous en accommoder, les accepter, les faire évoluer...

Question : comment agir sur quelque chose qui n'existe pas, une «hallucination»? En reconnaissant l'existence des voix et leur réalité, nous nous donnons les moyens d'agir dessus. Si j'ai un patron autoritaire et malveillant, mes difficultés ne sont pas si éloignées de celles d'une personne qui entend une voix dominante et malveillante. Si je ne peux pas changer de patron ou si je ne peux pas faire disparaître la voix, je peux agir pour faire évoluer la relation dans un sens où je me sentirai mieux respecté et où je pourrai retrouver ma capacité d'action. En apprenant à m'affirmer, de victime je deviens vainqueur! Et c'est quelque chose que je peux partager avec d'autres, ce qui me démontre à moi-même ma valeur. Ce processus est constamment à l'œuvre dans les groupes d'entendeurs de voix. Concernant les voix, bien sûr, mais concernant aussi toutes les autres perceptions, les difficultés du quotidien, le rapport à des personnes qui nous ramènent constamment à nos «limites»...

Surtout, ces groupes essaient d'éviter le «piège» le plus fréquent du système psychiatrique : croire que les médicaments nous soignent et oublier sa propre histoire.

Retrouver le pouvoir aussi face aux médicaments

— « *Mais vous pensez que les médicaments ça sert à rien ? Parce que moi quand j'ai arrêté j'ai rechuté. Il a fallu que je sois hospitalisé. Alors je peux pas arrêter...* »

— « *Et les médicaments, ils t'aident avec les voix ?* »

— « *Non, moi ils n'ont aucun effet sur les voix. À la limite, c'est comme si je les entendais un peu plus loin. Mais elles sont toujours là et toujours aussi mauvaises.* »

Très tôt dans le processus de création du REV, j'ai été interrogé (vigoureusement) au sujet de notre position sur les médicaments. C'est que le sujet est épineux ! Mais là-dessus aussi, la proposition du REV est pragmatique, ni pour ni contre en principe : la question est de savoir ce que chaque personne spécifique se voit apporter par les médicaments, au cas par cas. Or, la plupart des personnes qui prennent des médicaments psychiatriques s'interrogent sur l'opportunité de poursuivre ou d'arrêter ce « traitement ». Pourquoi ? Simple observation personnelle : je n'ai encore rencontré personne qui ait été « guéri » par des médicaments psychiatriques (raison pour laquelle je mets « traitement » entre guillemets quand je parle d'eux)... En revanche, toutes celles que j'ai rencontrées, y compris moi-même !, connaissons ou avons connu des effets indésirables majeurs de ces médicaments.

Dans ce contexte, la question à se poser individuellement est bien celle, très pragmatique, de l'équilibre bénéfices/risques liés à leur consommation. Parmi les dangers méconnus, et totalement déniés

dans le système de soins, il y a le fait d'être coupé de ses émotions. C'est en partie l'effet recherché, certes. Mais ce qui n'est pas dit, ce sont les conséquences de cette coupure. Peut-être peut-elle rendre une situation supportable. Peut-être peut-elle permettre de traverser une phase difficile. Mais à long terme, comment s'orienter dans la vie sans sa boussole émotionnelle ? Comment savoir ce dont j'ai envie ? Ce dont je ne veux surtout pas ? Ce qui « perd » de nombreuses personnes quand elles arrêtent leur « traitement » médicamenteux, c'est que les émotions reviennent. C'est évidemment une bonne chose et les personnes ont l'impression de revivre, la vie retrouve son relief. Mais pendant tout ce temps où elles en étaient coupées, elles n'ont pas pu apprendre à faire face aux émotions qui leur avaient posé problème au départ. Et le jour où un événement génère une émotion plus intense (la peur, l'amour, la colère...), la personne se retrouve démunie et son environnement s'empresse de lui rappeler qu'elle est malade ! Alors qu'elle est simplement vivante et confrontée à quelque chose de très dur à vivre.

Au-delà de la psychiatrie, avec les entendeurs de voix, les paranos et leurs ami·es

Le REV réunit plus d'une quarantaine de groupes locaux en France. Constituée exclusivement de bénévoles, l'association agit en soutenant et en facilitant les initiatives des personnes qui veulent démarrer quelque chose près de chez elles : groupe d'auto-support, forum, formation, séjour, rassemblement, congrès... Dans tous les cas, le choix est d'être ensemble au-delà des étiquettes, pour sortir des cases où l'on nous a enfermés et où l'on s'enferme parfois tout·e seul·e ! Sollicité dès sa création par des personnes qui « n'entendent pas de voix » mais se reconnaissent dans sa proposition d'ouverture et d'exploration partagée et son invitation au courage, le REV poursuit son évolution en accueillant explicitement « toute expérience humaine » : voix, paranoïa, croyances inhabituelles, sens différent de la réalité, persécution, oppression, contrainte, surveillance, harcèlement...

➔ **Plus d'informations sur le site**
www.revfrance.org

Mettre au jour les traumatismes

Ces vingt dernières années, les recherches en psychologie ont établi de manière très claire des liens de corrélation entre traumatismes dans l'enfance et expériences dites « psychotiques », avec une certaine spécificité : par exemple entre voix et abus sexuels³, paranoïa et abus physiques, négligence et autres relations insécurisantes inscrites dans la durée⁴. Cependant, il n'y a rien de mécanique dans tout ça et je connais beaucoup de personnes qui ne relient pas leurs voix à des abus mais, par exemple, à des expériences spirituelles très puissantes.

Quoi qu'il en soit, en offrant à chaque personne des espaces où elle pourra trouver le courage et les soutiens pour explorer les liens entre ses propres expériences et son histoire de vie, le REV est un structure unique où rien n'est imposé mais où cette démarche est malgré tout possible et encouragée.

PAR YANN DEROBERT
ILLUSTRATION ÉMILIE SÉTO

³. Lien particulièrement mis en lumière par les travaux de Marius Romme et Sandra Escher, les deux chercheurs à l'origine du mouvement international sur l'entente de voix.

⁴. Pour les personnes intéressées, voir les travaux de Richard Bentall, John Read, Filippo Varese, Jim van Os ou encore Peter Kinderman.

PUBLIÉ DANS
CQFDN°184
(FÉVRIER 2020).

Open dialogue

une écoute polyphonique

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'utilisateur 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 interprètes 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 1 000 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.

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 schizophreniatype psychosis : The Finnish API Project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50(4), 281-287.

5. Eurostats. (2020). *Hospital beds by type of care*.

6. Seikkula, J. et Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis : its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403-418.

7. Bakhtine, M. (1929). *Problèmes de la poétique de Dostoïevski* (traduit par Guy Verret). Lausanne : L'Âge d'homme.

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'utilisateur, 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 émotionnelle 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 émotionnelles 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 ?

Convié 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'usager et l'entourage. Les propositions thérapeutiques sont faites de façon à ce qu'un choix éclairé puisse être réalisé par l'usager, si besoin avec le soutien de sa personne de confiance.

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 dérangelantes 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 nonmaîtrise 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'oeuvre 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.

⁸. Une recherche-action va démarrer dans cet objectif en 2021, grâce au soutien de la Fondation de France.

PAR SAPHIR DESVIGNES,
MARIE LOZIER &
EMMA BEETLESTONE

PUBLIÉ DANS LA REVUE
RHIZOME (N° 79, 2021)

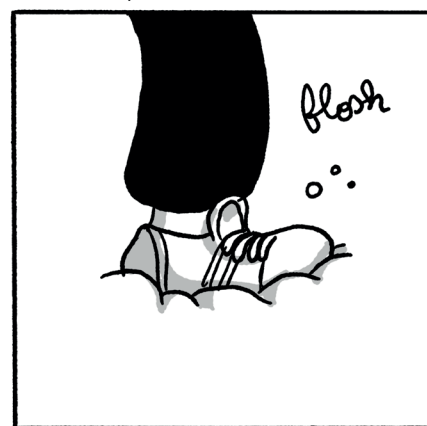




Après 5 jours d'isolement,
je peux sortir de ma cellule



dehors, tout est blanc...



je sens mon poids
dans la neige



avec tous les médicaments qu'on
m'a donnés et tout ce que
j'ai senti comme colère, je
suis tellement apaisée...



j'écoute de nouveau



les différents pavillons sont
séparés par des grilles...



je peux te gratter
une clope?

rien sûr



tu l'appelles comment?
Chloé, et toi?



je suis la vierge
Marie





À SUIVRE ...

DOMINATION MASCULINE & VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN MILIEU TOTALITAIRE PSYCHIATRIQUE

C'est à la suite d'une hospitalisation que Frédérique Herbigaux a décidé de reprendre son travail de sociologue pour étudier la condition des femmes en établissement psychiatrique. En partant du point de vue des patient-es, elle a décidé de construire une réflexion propre à l'ethno-sociologie, impliquant le-la chercheur-e comme sujet de sa propre recherche, afin de mieux comprendre les comportements observés. Voilà quelques extraits de son témoignage.

Si, nous l'avons vu, l'institution totalitaire violente les individus, les femmes vivent des violences spécifiques que ne doivent pas endurer les hommes. Nous allons ici tenter de les lister d'après nos observations. La logique commune de ces violences est qu'elles sont liées à la domination masculine régnant dans l'hôpital, en tout lieu et en tout temps, tant du côté des patients que des soignants. Nous reprenons donc la définition de Bourdieu lorsqu'il explique que la domination masculine, est invisible et inconsciemment reproduite car «l'effet de la domination symbolique s'exerce à travers les schémas

de perception, d'appréciation et d'action qui sont constitutifs des habitus et qui fondent, en deça des décisions de la conscience et des contrôles de la volonté, une relation de connaissance profondément obscure d'elle-même.»¹

1. P. Bourdieu, *La domination masculine*, Editions du Seuil, Paris, 1998.

Patients et personnel soignants ne sont donc absolument pas conscient des stéréotypes de genre et des violences qu'ils véhiculent. En tout cas, cela demande une prise de conscience qu'ils n'ont pas envie, nous l'avons vu, de faire. Les patients mâles s'efforcent en tous points de correspondre au schéma de la virilité classique, surtout qu'ils doivent affirmer leur identité mortifiée. La virilité est donc

tout ce qu'il leur reste et ils le revendiquent clairement. L'identité virile, selon Bourdieu, «est une notion éminemment relationnelle, construite devant et pour les autres hommes et contre la féminité, dans une

2. Bourdieu Pierre, idem. *sorte de peur du féminin, et d'abord en soi-même.»²*

La domination masculine chez les patients

La violence envers les femmes en tant que patiente est assez terrible. Dès notre arrivée, nous avons donc pu constater la mixité des espaces de toilette ainsi que leur saleté, exigüité et surtout leur insuffisance numéraire. Cette situation entraîne des violences machistes quotidiennes. Les remarques à la sortie de la douche, les insinuations «*quand est-ce que tu viens prendre un bain avec moi je t'attends*», «*si tu ne fermes pas la porte à clé je viendrai te retrouver*», etc. Nous avons en effet connaissance de certaines patientes qui n'osaient pas fermer les portes à clé, suite à un trauma, et qui vivaient dans l'angoisse qu'un homme vienne les déranger ou les agresser. Même si cela n'est jamais arrivé, les menaces

et les moqueries ont été suffisantes pour que nous mêmes regardions à deux fois le loquet de la porte de la douche et du WC. Le point sur lequel nous aimerions insister, au-delà de cette mixité imposée des sanitaires est leur disposition. Il aurait été possible de réaliser des toilettes mixtes où la vision des hommes urinant n'était pas obligatoire. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Les patientes doivent voir les hommes uriner, sans possibilité de faire autrement, car la porte s'ouvre sur les urinoirs. Nous avons donc du voir plusieurs fois des hommes montrer leur sexe en se vantant... ou même parfois sans le faire exprès... D'autre part, les toilettes mixtes imposent que les hommes aillent *systématiquement* déféquer dans les toilettes fermées, les femmes n'ayant donc qu'à supporter systématiquement la saleté liée et les odeurs, sans compter les bruits de certains. Le manque d'intimité est déjà suffisamment insupportable sans y rajouter cette sournoise domination masculine sur nos corps lors des besoins primaires de toilette et d'uriner.



Comme nous l'avons mentionné, de nombreuses patientes souffrent de constipation et de cystites car elles n'arrivent tout simplement pas à utiliser ces toilettes. Nous étions obligées de nous boucher les oreilles et de nous dissocier afin de pouvoir uriner également tant la situation était stressante. Surtout pour les victimes d'abus sexuels, qui étaient la majorité des femmes présentes dans le pavillon. Concernant les douches, pareillement, la conception a été faite de telle manière qu'on ne sait pas s'y habiller. Pourquoi? Cela oblige les patientes à traverser les couloirs en petite tenue, voire nue, ou de supporter les habits mouillés... Enfin bref, pourquoi cette violence supplémentaire dont bien sûr, les hommes ne se plaignent pas puisqu'ils peuvent se promener en slip sans recevoir de remarques.

De toutes nos observations, nous retenons que la position sociale des femmes en milieu psychiatrique est celle de proie et de marchandise. D'abord de proie, car à tout moment, et dans les espaces, même les plus publics (ou privés), les hommes sont là pour vous rappeler votre condition d'objet sexuel. Remarques sur les vêtements, sur votre corps, harcèlement sexuel constant (parfois même envers les infirmières). De nombreux groupes de jeunes hommes du pavillon des addictions sont ainsi installés sur les bancs dans le parc reliant les divers pavillons. Impossible d'échapper aux remarques sexistes sur nos vêtements, notre attitude. Un jour ainsi,

« La position sociale des femmes en milieu psychiatrique est celle de proie et de marchandise. »

allant fumer une cigarette dehors au self, nous nous fîmes insulter par toute une bande de patients car *«tu pourrais sourire connasse ça te couterait pas plus cher»*. Ce à quoi nous avons répondu sèchement que nous n'étions pas ici pour sourire et qu'ils avaient intérêt à nous laisser tranquille. Peu habitués à une réponse ou à une contre-agression, ils ont décampé. Malheureusement, de nombreuses femmes ne peuvent pas se défendre, et subissent de plein fouet ce harcèlement constant sans pouvoir rien faire. Que ce soit aux ateliers ou dans le parc, ou dans le pavillon il faut supporter tout : les *«salopes, connasses, pouffiasses, bitch, grougnasse, grosse pute et eeeeh madmoizelle»* quotidiens, les exhibitions de sexe ou de fesses masculines quand c'est possible, les plaisanteries sexuelles et graveleuses, humiliantes, dénigrantes... Nous sommes des proies sexuelles possibles pour chaque patient, et ils nous le font bien comprendre. L'attitude du personnel soignant (pas des psychologues) face à cela est complètement ahurissante dans sa non-intervention. La dimension de violence sexuelle est totalement niée.

Ainsi, un patient violeur (nous le savions) passait près de nous en permanence en émettant des bruits évocateurs d'ébats sexuels. Dégoûtée au plus haut point, nous allâmes nous en plaindre aux infirmières. Pour toute réponse nous obtînmes « *c'est sa pathologie, il faut le supporter comme cela* »³. Alors que les femmes, bien sûr, doivent contrôler leurs émotions ou pathologies, les hommes, sont, les pauvres, soumis à leurs incontrôlables pulsions naturelles. Le discours Freudien est tellement intégré que rares sont les personnes à le remettre en question. Ainsi, nous sommes allées trouver ce patient de 65 ans, obèse et très négligé... Et lui avons dit de manière assertive que cette attitude nous dégoûtait et que nous souhaitions qu'il arrête cela immédiatement. Il a directement cessé d'émettre ces bruits dégoûtants et de nombreuses patientes sont venues nous remercier. Les femmes vivent dans la peur des patients masculins et n'osent rien leur dire car leur violence est considérée comme normale. À l'inverse, toute femme qui fait une réflexion de ce genre à un homme sera réprimandée. Une patiente *borderline* dit ainsi un jour à un homme qu'il lui plaisait et fût convoquée immédiatement au bureau des infirmières et dût s'excuser... Deux poids deux mesures pour les hommes et les femmes. Seules certaines psychologues remettent les hommes à leur place et les recadrent sur leurs réflexions sexistes. Par contre, sur leurs réflexions racistes, elles ne disent même rien. Nous fûmes horrifiées d'entendre certains discours tenus dans les ateliers thérapeutiques.

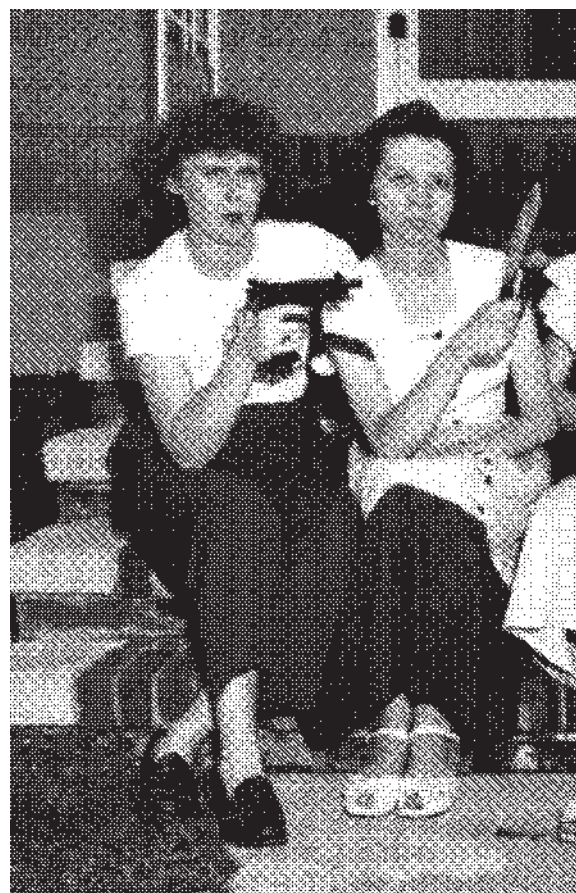
3. Pour de nombreuses infirmières, être violent, être violeur, fait partie d'une pathologie... symétrique à une dépression et surtout, cela n'a rien à voir avec un comportement spécifique aux hommes.

Notons que le fait de mélanger les agresseurs et les victimes de violences sexuelles nous paraît des plus malsains. Comment une victime pourrait-elle aller mieux en étant en situation de danger permanent, réel ou possible? Au départ, nous ne pouvions fermer l'oeil de la nuit tant nous étions terrorisées par certains patients (qui disaient ouvertement avoir violenté leur femme). La situation était encore pire dans le pavillon de semaine où nous étions seuls la nuit. Seul un veilleur de nuit effectuait des rondes... Bref il n'y avait AUCUN moyen d'appeler à l'aide au cas où quelque chose se passerait. Rétrospectivement, cela nous effraie encore plus. Bien sûr, les femmes qui angoissent à ce sujet sont traitées d'hystériques et leur ressenti tout à fait normal est dénié.

La formation des couples est une autre des violences masculines imposée à toutes dans l'hôpital entre les patients. Dès qu'une nouvelle patiente arrive, elle fait l'objet de convoitise et de remarques et invitations sexuelles. Certaines y cèdent et finissent en couple, dans le plus pur attachement traumatique⁴. Il s'agit souvent de très jeunes filles victimes d'abus répétés, qui se sentent obligées de sortir avec des hommes plus âgés pour bénéficier de leur protection contre les autres agresseurs. Nous avons recueilli le témoignage de plusieurs d'entre elles. Nous donnons celui de Sophie, 17 ans, victime d'inceste depuis son plus jeune âge. « *Il a tellement insisté tu vois, Pierre [52 ans]. Oui je le trouve moche mais il est gentil. Moi je ne voulais que d'une amitié, tu vois, qu'il*

me protège des autres qui essaient tout le temps de me choper dans les couloirs. Mais bon il a bien fallu que je cède, alors j'ai bu beaucoup et j'ai fumé des joints pour supporter. Le pire c'est qu'il croit que j'adore ça mais moi il me dégoûte, j'ai vomi tout le lendemain. Mais bon au moins, je suis protégée, je peux me promener tranquillement dans l'hôpital, si quelqu'un me touche il leur casse la gueule »... La pauvre Sophie ignorait que le brave Pierre allait la refiler à son meilleur ami une fois leur relation finie, sans même lui demander son avis. Car nous sommes, avant tout, des marchandises. Nous prenons place dans le système des privilèges masculins. Notre soi-disant protection contre les prédateurs échangée contre le sexe sont en fait une violence et un mensonge de plus.

4. Nous nous référons ici au concept d'attachement traumatique tel que décrit par Muriel Salmons dans son article sur les psychotraumatismes dus aux agressions sexuelles dans memoiretraumatique.org.



5. *La cage aux fous*, Editions Librio, Prolongeau H., 2002.

Nous sommes donc des marchandises. Comme l'a observé Hubert Prolongeau en seulement quatre jours (!) d'hospitalisation en psychiatrie⁵, les femmes sont considérées par les patients comme des biens de consommation, identiques aux cigarettes. Il avait observé que les patients cotaient les femmes en calculant le nombre de cigarettes qu'elles valaient. Nous avons pu observer des comportements identiques. Ainsi, deux hommes du pavillon des addictions nous expliquaient leur tableau de critères pour noter les femmes... en terminant par le prix, équivalant à autant de cigarettes qu'ils seraient prêts à payer. Entre eux, les hommes discutent de la «baisabilité» des femmes. Quand une leur dit non, ils en font toute une histoire et se victimisent...



Avant d'aller en chercher une autre. Nous avons été ainsi harcelée par un patient particulièrement pénible, qui, au vu de nos refus, nous insulta et fit, en outre, courir le bruit qu'il nous violerait lorsqu'il le voudrait. Voilà le genre de propos entendus quotidiennement par les femmes. Par moment, nous avions l'impression d'être dans un grand système prostitutionnel. Il y avait les macs (les leaders des patients), qui autorisaient ou non les relations sexuelles avec leurs «filles»... Et tout ça sous l'oeil du personnel qui ne disait rien du tout. Et même pire, certains infirmiers profitent allègrement du système mis en place et piochent à l'envie dans le «troupeau de patientes» ou distribuent des préservatifs (fait confirmé également par H. Prolongeau). Car avant d'être des soignants, ils sont des hommes, et imposent leur violence en tant que tels. Et cela n'est pas sanctionné par l'institution mais vu comme normal. Les couples infirmiers-patients sont tout à fait tolérés à notre grande surprise.

Un jour, très en colère contre ces patients, nous sommes allés les trouver et leur avons demandé s'ils n'avaient pas honte d'utiliser les femmes qui viennent ici pour être soignées et non pour être traitées comme des marchandises. Nous fûmes étonnées de leur réponse, car non seulement ces hommes connaissaient très bien le fonctionnement de la mémoire traumatique, mais en plus, ils s'en vantaient. Nous citons, ici, Joseph, 65 ans, «*On les repère vite hein ces filles-là, les petites jeunes qui ont été bien traumatisées. Elles se laissent faire facilement. Alors écoute hein, on va pas aller se casser le cul à devoir séduire quelqu'un alors que y'a des connes qui ouvrent les jambes facilement parce qu'elles ont été traumatisées plus jeunes et qu'elles*

ont l'habitude. On a des besoins nous, faut bien les satisfaire, tu ne peux pas comprendre.» Notre rage fût telle que nous avons quitté la conversation. Ces hommes, issus de tous les milieux et de toutes les classes agissent donc *en pleine conscience* de l'état de faiblesse des femmes. Ils se considèrent comme des prédateurs et en sont fiers. Ils en tirent même une composante identitaire de leur virilité. Ce constat nous a profondément terrifiée et choquée. Nous devons dormir avec ces gens, manger avec eux, nous laver, etc. Nous devons donc «guérir» en vivant à côté de ces hommes pensant que toutes les femmes leur sont dues et recherchant les failles chez les plus traumatisées pour pouvoir les «baiser». Si l'asile est un miroir grossissant, il l'est particulièrement pour les rapports de domination entre les sexes. La notion de consentement n'a même pas lieu d'être car «*il suffit d'insister un peu et elles cèdent toujours, et celles qui ne cèdent pas ce sont des coincées*», (Paul, 45 ans). «*De toute façon, elles s'habillent en putes, alors c'est bien fait qu'on les viole et qu'on les utilise comme des putes, les femmes ici c'est des salopes en puissance, elles adorent ça se faire baiser et nous provoquer tout le temps*», (Carl, 32 ans).

La domination masculine des soignants et soignantes

La violence masculine des soignants n'est malheureusement pas l'apanage des hommes. Les femmes infirmières ne sont pas mieux. Remarques sexistes, invitation à se mettre en couple ou en ménage avec un patient ou l'autre. Nous avons été horrifiées d'assister à des scènes où les infirmières expliquaient que les patientes devaient aider les hommes et les soutenir car ils souffraient... Encore une fois, les stéréotypes sur les femmes

«sauveuses» et à l'écoute des hommes étaient légion. Une patiente se vit ainsi forcée par le personnel d'accueillir chez elle un patient SDF, violent, avec qui elle avait une relation de couple. Personne ne pense aux intérêts des femmes, financiers, moraux et de santé.

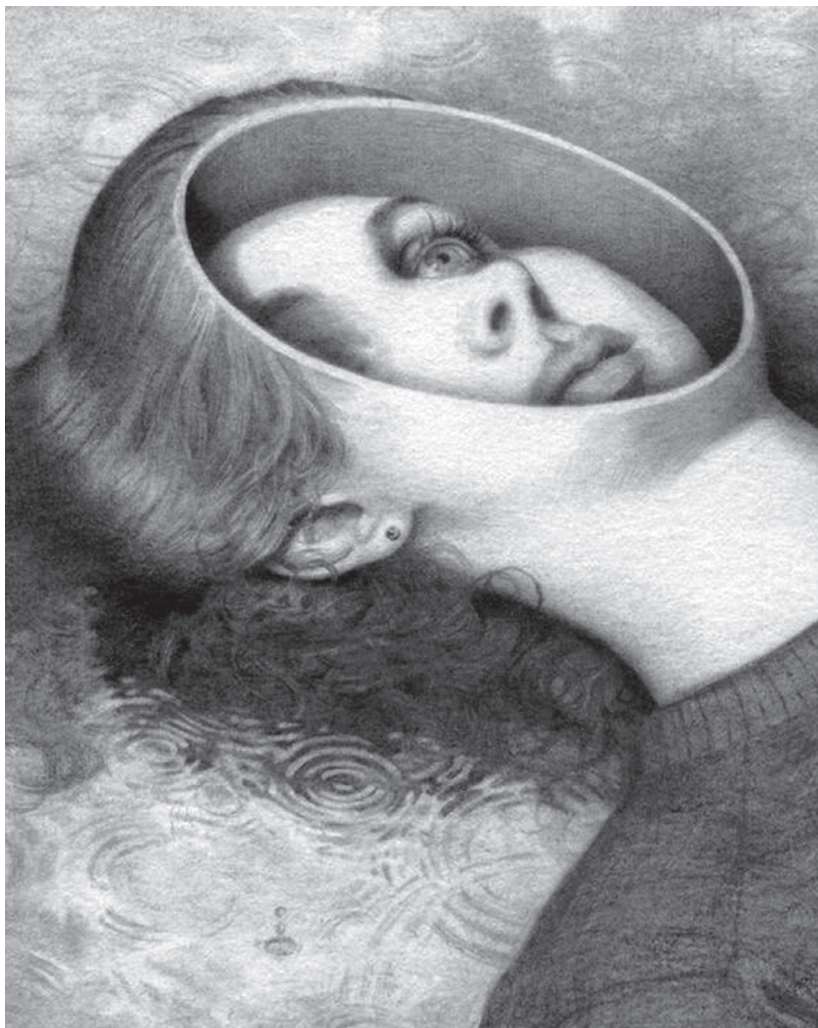
La disposition même des pavillons nous fait nous interroger. Est-il logique que le pavillon des dépressifs soit situé à côté du pavillon des addictions où la plupart de la population y est contre son gré afin d'éviter la prison et ne se trouve pas dans une démarche thérapeutique? Les prédateurs viennent essentiellement de ce pavillon et les victimes d'hommes violents sont dans l'autre. Était-ce obligatoire d'accoler ces deux pavillons? Et le pavillon des jeunes, où les prédateurs vont aussi piocher à leur guise dans les filles disponibles, ne pourrait-il pas être situé ailleurs pour plus de protection? L'organisation sociale même des bâtiments invite à la logique de prostitution et de marchandisation des femmes. C'est en voyant se répéter un schéma identique à au moins cinq reprises que nous en sommes arrivées à cette conclusion. Notre premier psychiatre, féministe, passait son temps personnellement à jeter dehors les «jeunes coqs» qui venaient ennuyer les patientes du pavillon 5. Mais par la suite, il fût envoyé ailleurs et le nouveau psychiatre, masculiniste, permit cela. Ce psychiatre a lui seul mérite qu'on s'y attarde. Se permettant des remarques sexistes en permanence, jugeant le physique des patientes, leur coupant la parole et les insultant régulièrement, il se permettait aussi de tenter de les séduire! Nous avons appris qu'il entretenait également des

**«Ce psychiatre
a lui seul mérite
qu'on s'y attarde.
Se permettant des
remarques sexistes en
permanence, jugeant le
physique des patientes, leur
coupant la parole et les
insultant régulièrement,
il se permettait aussi
de tenter de les
séduire! »**

relations sexuelles avec de jeunes infirmières, tout autant victimes que nous de ce système prostitutionnel. Profiter de sa position de psychiatre pour abuser des femmes et de leurs traumatismes nous paraît être une faute professionnelle très grave et nous l'avons dénoncée à plusieurs reprises à la médiatrice de l'hôpital.

C'est aussi à cause de ce psychiatre qu'une jeune fille mineure, handicapée mentale légère, subit un viol par un des patients (reconnus pour faits de mœurs) du pavillon des addictions. C'est le viol que nous mentionnons plus haut. Aucune protection n'avait été prévue pour cette jeune fille et elle fût dès ses premiers jours la proie des prédateurs sexuels. Pour être protégée elle accepta de sortir avec l'un d'entre eux, qui la viola dans les bois proches de l'hôpital (autre lieu encore une fois insécure et sous la domination masculine).

Ce que nous avons pu saisir de l'histoire est terrible. D'un âge mental d'environ 8 ans, elle avait dit à son agresseur qu'«elle voulait bien un bébé avec lui», sauf que pour elle, cela signifiait un bisou sur la bouche... Entre le non-professionalisme du psychiatre qui l'avait placée consciemment dans l'aquarium à proies que constitue le pavillon des dépressifs et les remontrances qu'elle a subies de la part des infirmières («c'est de ta faute tu n'avais qu'à pas lui parler, on te l'avait dit»), nous fûmes horrifiée. Ajoutons que la surveillance de la jeune femme avait été demandée à un patient ayant lui-même assassiné sa femme. Donc, le personnel était tout à fait au courant de ce qui allait arriver, mais n'a rien fait, il a consenti. La police fût appelée et l'homme récidiviste relâché bien sûr puisque la petite avait «donné son consentement». Nous avons vu tant de cas de viols durant notre séjour de douze mois que nous nous demandons parfois comment nous avons réussi à nous soigner, et surtout, comment les femmes survivent dans ce monde hostile masculin. Et surtout, pourquoi personne ne remet en question ces violences masculines qui empêchent toute thérapie sur la mémoire traumatique d'être efficace puisque les femmes se trouvent dans un lieu non-sécurisé.



Nous avons tenté plusieurs fois d'expliquer les théories de Muriel Salmona au personnel infirmier. Nous fûmes tournée en ridicule et même accusée de nous servir de nos connaissances pour nous victimiser. *«Oui c'est ça, cachez vous derrière votre mémoire traumatique pour ne pas avancer».*

À côté de ça, le personnel se mêle de la vie privée, interdit des couples, en pousse d'autres à se former, dans le délire le plus total. Où se trouve la question du bien-être de la patiente dans cet univers ubuesque?

Et c'est vers la fin de notre séjour que nous avons compris pourquoi les toilettes étaient mixtes. Suite à des confidences de patients masculins... C'est là qu'ils *attrapaient leur proie le plus facilement*. Nous ne savons pas si notre cerveau nous a caché cette information pourtant évidente pour survivre ou si cela constitue un tel non-sens thérapeutique que cela ne nous était même pas passé par l'esprit. Mais en effet, une fois les faits intégrés et analysés, la raison de l'existence de ces toilettes et douches mixtes (non surveillées), est bien la continuation de la violation de l'espace, des corps et de la marchandisation des femmes. Puisque les chambres sont non-mixtes, il fallait bien un endroit pour qu'aient lieu les viols et les divers trafics : drogue, alcool, etc.

Cette conclusion peut avoir l'air dure. Mais elle est réaliste. La peur des femmes est donc totalement justifiée dans ces espaces.

Lorsque nous avons compris cela, nous avons interrogé plusieurs membres du personnel sur les rapports sexuels dans l'institution. Concernant ceux entre patients, ils étaient sûr qu'ils étaient tous consentis et s'ils en l'étaient pas, que cela venait de la pathologie de la patiente (jamais de celle du patient). Nous apprîmes en outre, sans surprise, que la sortie pour se rendre chez les prostituées était au programme puisqu'il fallait bien que les pauvres hommes se vident... Et que pour les soignants, mieux valait que cela se fasse sur les personnes consentantes que sur les patientes. La vision de la prostitution comme service social est celle entendue à de nombreuses reprises dans le milieu psychiatrique, totalement soumis à la domination totalitaire et masculine.

Conclusions et recommandations

Nous souhaitons conclure cette recherche par le relevé des éléments à améliorer concernant la prise en charge psychiatrique des patientes. En effet, de nombreuses fois, nous avons été interrogées sur le fait de devoir ou non se faire hospitaliser. *«Y retourneriez-vous?»* Notre réponse est nuancée. Oui, nous y retournerions lorsque la vie est en danger, lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions, car la société n'a produit que cela pour les personnes dépressives en trouble suicidaire. La présence des hôpitaux psychiatriques est une nécessité vitale. Cependant, de nombreuses choses pourraient éviter aux femmes de subir la violence intégrante à ce milieu. D'une part, il serait temps que le milieu psychiatrique, et surtout

infirmier, se remette en question du point de vue de la violence morale imposée comme soin. La réalisation d'études objective à ce sujet permettrait peut-être d'entériner cette vieille logique du patient « fou » à remodeler et à réintégrer *via* la mortification de sa personne. Il est bien triste qu'encore aujourd'hui on isole des personnes dépressives dans un lieu de torture et qu'on leur fasse subir des électrochocs. Cela n'est pas normal dans un pays dit « civilisé ». La torture morale et physique infligée aux patients, le déni de leurs émotions et le système de punition et de privilège devraient être abolis totalement. L'institution psychiatrique devrait sortir de son costume totalitaire pour devenir un réel lieu de soin et d'épanouissement. Nous savons que de nombreux soignants tentent de faire changer les choses en ce sens. Cela donne espoir pour l'avenir. Il est intolérable que des êtres humains doivent subir de tels actes sous prétexte d'être soignés.

Concernant la violence spécifiquement faite aux femmes, nous insistons en premier lieu sur la non-mixité obligatoire des lieux de repos et sanitaires, au minimum. Le droit à la sécurité physique nous paraît devoir être respecté et il ne l'est pas tant que la culture du viol règne en maître dans ces institutions, comme partout ailleurs dans la société. Et si cette non-mixité n'est pas possible, que les soignants au minimum soient conscients des risques sexuels encourus à tout moment par les patientes. Le personnel médical doit absolument sortir du déni total de cette violence. La réflexion autour des logiques de construction des pavillons, des sanitaires et de la répartition des patients doivent passer par ce filtre, sinon la violence sexuelle ne peut diminuer. Lorsque nous avons évoqué ces pistes avec

des soignants, nous nous sommes heurtées au déni et bien sûr au fait que nous exagérons les faits. Mais les faits sont là. Il suffirait de réaliser des enquêtes sur la violence sexuelle en milieu psychiatrique afin de récolter des données fiables auprès des patientes.

En deuxième lieu, il serait bon d'instaurer des mesures de protection élémentaire. À savoir, ne jamais mélanger d'agresseurs et de victimes de violences sexuelles, et prendre en compte le passif à ce sujet des patients masculins. Nous comprenons l'idée que chaque patient mérite d'être soigné, mais pas à décharge d'autres personnes, dont les femmes, méritant tout autant d'être soignées en se trouvant en sécurité.

En troisième lieu, au cas où des violences sexuelles arrivent, il serait *a minima* obligatoire de reconnaître et de nommer ces violences et d'apporter les soins nécessaires à la patiente. Qu'on ne puisse empêcher le viol est une chose. Qu'on culpabilise la victime en est une autre. Nous rejoignons Muriel Salmona sur la nécessité urgente de former le personnel à une meilleure prise en charge des victimes de violences sexuelles. La réalité de la mémoire traumatique et de ses mécanismes devrait être connu par tous les soignants.

Et enfin, il serait souhaitable de réaliser une réelle sensibilisation et une formation auprès des soignants en psychiatrie pour leur enseigner une vision plus libérée des stéréotypes de genre. Et les sensibiliser ainsi à la culture du viol. Non les hommes n'ont pas des pulsions intolérables qu'il faut soulager. Non, les hommes

n'ont pas le droit de considérer les patientes comme des proies et des marchandises. Oui, les patientes ont le droit de demander à un homme d'arrêter de les harceler, physiquement et moralement. Ce n'est pas parce que l'institution psychiatrique enlève tous les droits aux êtres humains qu'elle a également le droit d'enlever le droit à l'intégrité psychique et physique des femmes. Bref, réaliser un tour d'horizon de la culture masculine présente en hôpital psychiatrique nous semble crucial. La culture du viol, vue comme immuable, y fait des victimes quotidiennes qui souffrent en silence. Déjà fragilisées, ou au préalablement agressées, ces femmes ne peuvent ni dire ce qu'elles endurent (car elles ne sont pas crues), ni même témoigner de leur vécu en-dehors de l'institution. C'est pour elles que nous avons écrit ce texte. Nous sommes libres, nous sommes sorties de l'institution totalitaire. Mais une partie de notre âme est restée là-bas... et continue de souffrir lorsque nous pensons à toutes les femmes, les jeunes filles, qui doivent subir la violence sexuelle au quotidien, en silence et avec la participation, principalement inconsciente, du personnel soignant. En clôturant ce texte, nos pensées vont vers elles et nous les remercions de la confiance mais aussi de la sororité dont elles ont fait preuve pour nous confier ces témoignages.

PAR FRÉDÉRIQUE HERBIGNAUX

Pour lire le texte en intégralité, rendez-vous sur : www.forumpsy.net

SOIN
SOIN



Claudiel Louis:

DEUX TRAJECTOIRES D'ARTISTES MORTES à L'ASILE.

LE TITRE « Camille-Séraphine » aurait été plus compréhensible : en effet l'usage du prénom, et parfois du seul prénom, est de mise quand il s'agit d'évoquer des artistes femmes. Pour les artistes hommes au contraire, au siècle et dans le pays de ces deux artistes, c'est plutôt le seul nom de famille qui est utilisé. Afin de les rétablir dans leur statut d'artiste, elles seront ici Claudel et Louis, plutôt que Camille (Claudel) et Séraphine (Louis, qui signe parfois Louis-Maillard, noms de son père et de sa mère, dite Séraphine de Senlis).

Elles sont strictement contemporaines, naissant toutes les deux en 1864, Claudel mourant à l'asile d'aliénés de Montdevergues en 1943, Louis à l'asile de Clermont-de-l'Oise en 1942. Selon toute probabilité, elles sont toutes deux mortes de faim. Louis avait en outre un cancer du sein et un œdème des membres inférieurs, Claudel était fortement carencée mais son certificat de décès mentionne un ictus apoplectique.

Le motif de leur enfermement est similaire : « psychose paranoïde » pour l'une, « psychose chronique » pour l'autre. L'une comme l'autre souffrent d'un « délire de persécution ». Elles refusent de pratiquer leur art une fois enfermées.

« Aliénées », elles le furent : dépossédées, empêchées, méprisées. Rendues incapables de produire leurs sculptures et tableaux faute de revenus suffisants. Les échelles ne sont certes pas les mêmes : Claudel sculpte et emploie des matériaux coûteux, elle a besoin de commandes avant d'entreprendre un travail lent, long et patient, quand Louis peint avec les moyens de sa condition de domestique, avec des pigments mêlés à du ripolin, après ses journées de travail ; le soutien de son mécène lui a seulement permis d'envisager de plus grands formats et de se consacrer une courte période de sa vie uniquement à la peinture.

La relation de dépendance à un homme, Rodin pour Claudel, Uhde pour Louis, les a rendues particulièrement vulnérables, jusqu'à ce qu'elles « sombrent », comme il est d'usage de l'écrire, quand ce soutien a disparu.

C'est mon hypothèse : que la persécution n'était pas qu'un délire. Que l'empêchement matériel, l'absence de soutien, une réception condescendante des œuvres, un contexte sociétal hostile ont favorisé, sinon généré, la « folie » de ces femmes.

Les écrits de l'une comme de l'autre, reproduits dans leurs biographies respectives, sont sans conteste incohérents, profèrent des accusations peu étayées et qui semblent fortement exagérées. L'absence de maîtrise de l'orthographe pour Louis, la colère et l'ironie propres à Claudel, amplifient une réception pour ainsi dire méfiante. D'autant plus que cette réputation de folie les précède.

Je ne suis pas psychiatre, pas plus qu'historienne de la psychiatrie. Je ne vais pas, comme parfois je l'ai vu faire, poser un diagnostic à une telle distance. Je n'ai que

des textes et des œuvres pour imaginer les souffrances mais aussi la vitalité créative de ces deux femmes.

Jacques Cassar, un des biographes de Claudel, ne parle de sa folie qu'entre guillemets. Il écrit « *à l'époque, pas de thérapeutique autre que l'internement en asile psychiatrique, alors qu'aujourd'hui une chimiothérapie adaptée conduirait à une amélioration sensible, voire à la guérison* ». Il aurait pu aller plus loin et imaginer que de nos jours, une enfant bourgeoise présentant un goût pour la sculpture n'aurait certainement pas eu à subir ce que Claudel a subi, et qu'elle n'aurait peut-être pas « sombré », sauf à penser que la folie est une malédiction personnelle qui n'a que

faire du contexte. De fait, il liste deux sortes de causes : matérielles, psychologiques (ou affectives). Il décrit, avec l'appui de témoignages, un manque d'argent qui l'a poussée à se priver de toilettes, de nourriture, de distractions, car tout était consacré à la sculpture, une vie sans aucun confort, une constante dépendance financière à ses amies et à sa famille, car les commandes étaient trop rares. Il souligne aussi l'engagement physique autant que financier que nécessite l'art statuaire, et qualifie l'artiste d'héroïque. Viennent ensuite les difficiles relations, avec sa mère notamment, qui, avec l'accord de son ambassadeur et poète de frère, la fait interner au lendemain de la mort de son père, en la sacrifiant consciemment : « *si on la*

relâchait, ce serait toute la famille qui aurait à souffrir au lieu d'une seule ». De nos jours, il y aurait certainement eu de la part de sa mère et de son frère moins de réticence face aux choix de vie et aux « scandales », de la part de Rodin moins d'ascendant, de la part de la société plus de reconnaissance, donc pour elle moins de problèmes d'argent et moins de frustration créatrice. Tout ce qui a concouru à son enfermement a changé. Ne serait-ce qu'une offre de formation : si Claudel a été élève, puis praticienne, puis maîtresse de Rodin, de 24 ans son aîné, ce qui a rendu son abandon si cruel et son ombre si écrasante, c'est parce que c'était alors la seule voie pour apprendre le métier de sculptrice quand on était une femme. De nos jours, Claudel n'aurait sans doute même pas eu à être soignée ou guérie : elle n'aurait pas été « folle ». Quand aux accusations que ses contemporains (et admirateurs) jugent extravagantes, selon Cassar, elles sont pour une part plausibles : certains praticiens lui ont vraiment mené la vie dure, et certaines de ses sculptures ont effectivement été plagiées ; elle fut, effectivement, sans arrêt comparée à Rodin même quand elle a affirmé un langage plastique éminemment personnel.



Alain Vircondelet, un des biographes de Louis, n'a pas les mêmes prudences. Son livre *Séraphine. De la peinture à la folie* ne semble être qu'un compte à rebours vers la folie finale. Cette téléologie contamine tous les éléments biographiques, et la lecture des œuvres. Il faut regarder les derniers tableaux, ceux réalisés juste avant le scandale mené par une femme de ménage mystique et esseulée, sans plus de moyen de subsistance, devant une gendarmerie, scandale qui a justifié son internement. Ces tableaux d'avant la crise sont un enchantement de couleur, une prolifération de fleurs et de fruits, un foisonnement décoratif. Connaissant les enjeux religieux pour l'autodidacte Louis, on peut y lire un acte de foi, nourri d'images pieuses, notamment mariales. Dans une perspective d'histoire de l'art, on pourrait y lire une marche vers l'abstraction comme celle de Mondrian. Vircondelet, lui, voit une marche vers la folie. Des «*couleurs délétères*», des «*feuilles mortes aux couleurs d'un linceul*». Il affirme que «*l'asymétrie des motifs indique assurément que l'ordre et l'harmonie universels sont désormais rompus*». Je ne suis pas psychiatre, je suis plasticienne. S'il y a une chose que je peux affirmer, c'est qu'il y a ici une surinterprétation. Quelques certitudes factuelles (fournies par la biographie de Vircondelet, celle de Françoise Cloarec, et les quelques pages consacrées à Louis par son mécène Wilhelm Uhde) peuvent éclairer ce «*basculement*». Louis est orpheline de mère à 1 an et de père à 7 ans. Elle a travaillé vingt ans dans un couvent, puis pour de riches bourgeois. Elle semblait avoir un caractère assez trempé, et une foi considérable. Elle quittait la place quand elle ne lui convenait pas. Dure à la tâche, elle trouvait de nouveaux patrons. L'un d'eux fut Uhde, qui découvre lors d'un dîner chez d'autres bourgeois un tableau de sa propre femme de ménage. Il l'encourage à peindre. La guerre de 1914-1918 éclate, les biens d'Uhde sont saisis et il quitte la France. De retour bien plus tard, en 1927, il devient véritablement le mécène de Louis, qui a alors plus de 60 ans. Le soutien (achat des toiles, livraison de matériel) cesse avec la crise de 1930 : il aura duré trois ans. Elle n'est plus en âge ni en état de travailler, n'a plus aucun soutien. Couplé à son mysticisme, cet état anxieux aboutit à des propos apocalyptiques et de persécution. À l'asile,

après la prostration, elle écrira des lettres à la police dénonçant des vols, des crimes, mais ne peindra plus jamais.

Les soutiens, Rodin, Uhde, avaient certes de très bonnes raisons, personnelles, matérielles, pour abandonner leurs protégées ; reste que sans leur aide, seuls la misère et le désespoir étaient possibles. Ils auraient essayé tous deux de rendre l'asile moins dur, en bienfaiteurs anonymes, pour que Claudel soit au régime spécial, que Louis fasse partie des «*pensionnaires*». Cette aide n'est pas complètement attestée, et de toute manière n'a pas duré ; elle n'a, surtout, pas empêché l'inhumation en fosse commune qui était la hantise de Louis, qui signait parfois «*Séraphine Louis, sans rivale*» et avait écrit sa propre épitaphe.

Parmi les injustices les plus bouleversantes, le fait qu'on annonce leur mort à toutes les deux bien avant que celle-ci n'advienne : les notices de dictionnaires et d'encyclopédie notent Claudel morte en 1920, l'erreur persistera jusque dans les années 1960 ; quant à Louis, c'est Uhde lui-même qui l'écrit : «*en 1934, elle mourait à l'asile d'aliénés de Clermont*», avec presque dix ans d'avance. Toutes deux mortes au monde ou mortes tout court : qu'est-ce que cela change, au fond, si ce n'est leur propre calvaire ?

L'une avait tous les dons, était née bourgeoise, ravissante selon les critères établis, elle fut l'élève du plus grand maître qu'elle pouvait espérer, a connu un certain succès de son vivant. L'autre était pauvre, autodidacte, la risée de son voisinage, mais a également exposé de son vivant et vendu des œuvres. Elles débordaient toutes les deux des cases étriquées. Le manque d'argent qui se traduisait automatiquement en manque de matériel pour travailler à leurs œuvres les ont désespérées. Elles ont causé trop de tapage. On les a enfermées. Elles sont mortes à l'asile, pendant la guerre. Elles n'ont pas de tombe. Pour celles et ceux qui se souvenaient et se souciaient d'elles, on les croyait mortes déjà.

PAR MAGALIE LATRY
ILLUSTRATION BERGAMOTE MERLIN

TEXTE ISSU DU SITE :
ENMARGES.FR



S I LA PHILOSOPHIE s'est posé la question de la localisation du psychisme humain, si elle s'est demandé où se situait le sujet, aujourd'hui, la psychiatrie le traite en paria. Pas de sujet qui pense en psychiatrie, pas d'individu libre et autonome, juste une mécanique chimique à réajuster. Mais la réajuster vers quoi? Vers plus de normalité, c'est certain. Vers moins de bruit et de dommages pour une société qui ne supporte plus qu'on dévie un tant soit peu de sa trajectoire.

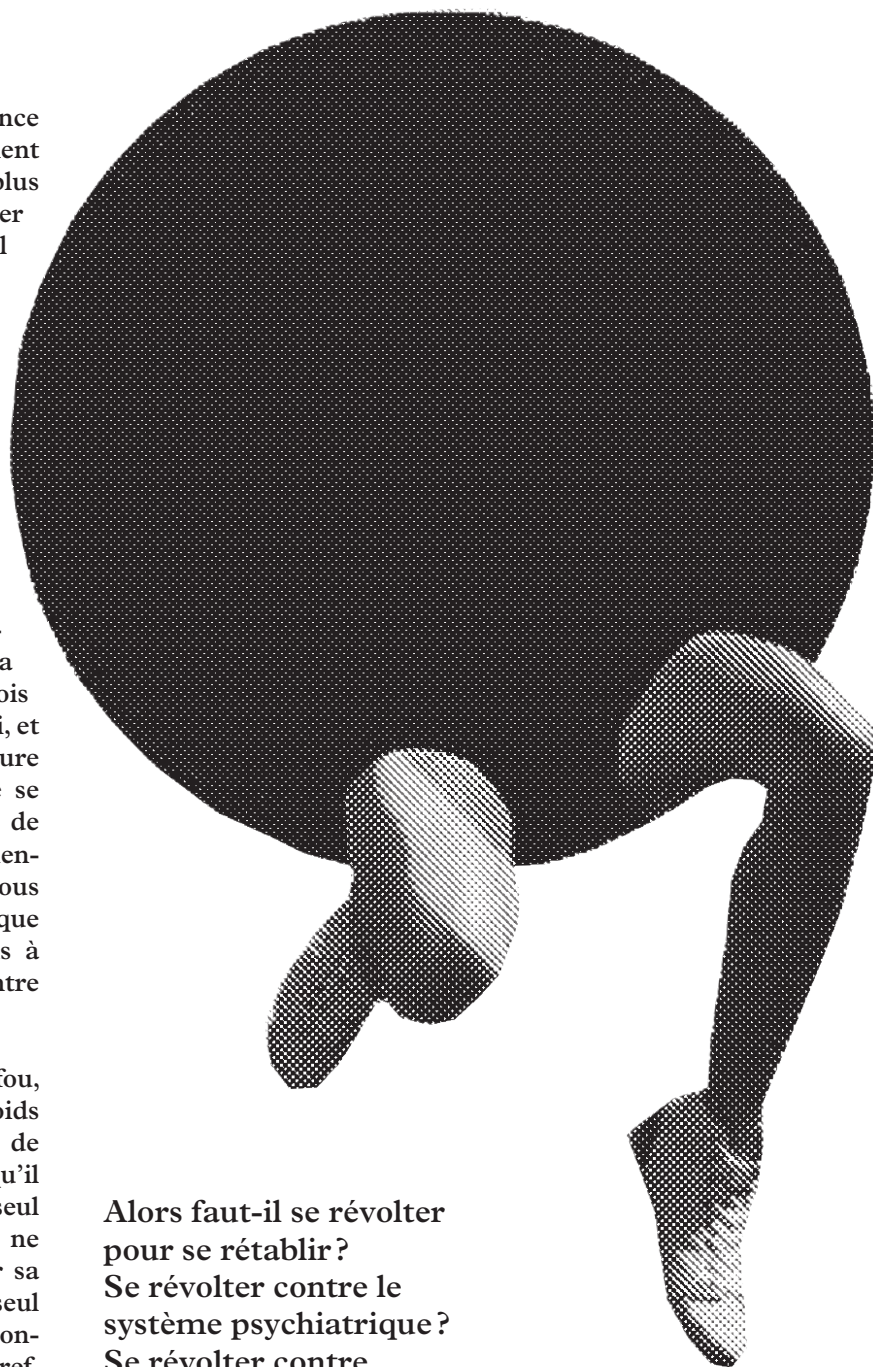
Aujourd'hui, être en bonne santé mentale c'est aller bien au sens d'aller dans le sens indiqué par la société. Ce n'est pas se sentir bien, ni même être heureux, non c'est suivre la ligne droite de la santé mentale. Cette ligne d'un devoir d'aller bien et de ne pas causer de

tort à son environnement. Après le culte du corps en bonne santé, ne serait-on pas passé au culte de l'esprit sain. À la recherche des pervers narcissiques, des déviants en tous genres, la société recherche aujourd'hui et discrimine celui ou celle qui ne file pas droit. Avec une batterie d'injonctions à la pensée positive, au développement personnel, à la responsabilité individuelle face à des maux sociaux ou sociétaux qui nous accablent, la santé mentale se mue en bras armé d'un néolibéralisme qui décrète comment chacun de nous doit penser. Pour une acceptation meilleure d'un environnement social destructeur, des thérapies existent !

Alors quand le droit à se sentir bien dans sa tête se mue en injonction, en devoir d'aller bien et d'être suffisamment fabriqué par le système social pour y correspondre, qu'attendre de la psychiatrie? Peut-être qu'elle cesse d'être un contrôle social des plus récalcitrant à l'ordre établi, que cette récalcitrance soit volontaire ou non? Peut-être qu'elle cesse de contraindre à un comportement normé jusque dans les moindres détails microphysiques pour mener à l'incorporation des troubles sous l'effet de la contrainte extérieure. Tout cela, ce serait sûrement une limitation des dégâts occasionnés par cette forme de contrôle des comportements et des âmes déviantes. Ce serait peut-être un moyen aussi de se remettre à penser la folie autrement.

Si la folie, c'est la résistance biologique à un environnement pathogène restreint ou même plus large, alors comment envisager de ne s'attaquer qu'au seul «malade» et jamais à ce qui l'entoure. Alors oui, il y a des thérapies familiales, mais la famille est-elle réellement un foyer pathogène pour la personne qui souffre? N'y a-t'il pas plus largement dans les écoles, les entreprises, et à tous les niveaux de la société des foyers de souffrance et donc des foyers pathogènes que personne n'attaque jamais? Peut-on penser que la folie émane au moins parfois d'un trop-plein de prise sur soi, et que tant que la situation perdure il n'y aura pas de moyen de se remettre plus ou moins bien de cette souffrance environnementale? C'est parce que les verrous sautent d'être trop serrés, que leur remettre un coup de vis à l'explosion est un non sens contre productif.

Gérer la folie par le sujet fou, c'est lui faire porter le poids exclusif de la responsabilité de ses troubles. C'est penser qu'il peut ou qu'il doit être le seul agent d'un aller mieux qu'il ne peut décréter. C'est renforcer sa folie par l'oppression sur lui seul et ce n'est pas traiter un environnement invivable pour lui. Bref, ce que nous promet la psychiatrie c'est contrôler socialement ses patients en leur forgeant un cadre social et médicamenteux aussi fermement verrouillé que ne l'étaient les cages de l'âge classique.



**Alors faut-il se révolter
pour se rétablir?
Se révolter contre le
système psychiatrique?
Se révolter contre
son environnement?
Se révolter contre
une société qui
relègue au rang de
paria ses malades?
Probablement...**

PAR AGATHE MARTIN
ILLUSTRATION PAGE 53
HADRIEN ALVAREZ

Celles et ceux qu'on aime!

REVUES

SANG D'ENCRE

Revue d'auto-support en addicto, et avec une rubrique psy. Tout ça avec de belles valeurs revendicatives. Gratos et en ligne : sangdencre.nouvelleaube.org

RHIZOME

Une super revue faite par des professionnels qui veulent bien faire leur métier, et c'est assez rare pour être noté... et encouragé. Tous les numéros sont consultables en ligne : osperre-samdarra.com

SE RÉTABLIR EN SE FAISANT DU BIEN

RETAB.FR

Un chouette projet de carte recensant tous les lieux de soins en France. Assez complet et surtout utile quand quelqu'un-e que tu connais est en galère à l'autre bout de la France.

LA PSYCHIATRIE DU SOLEIL

Plein de vidéos youtube sur la psycho-éducation, faites pour les usager-es qui souhaitent en apprendre plus sur leurs souffrances. Très ludiques, fait par des gens soucieux des autres.

LUTTES

ZINZINZINE.NET

Super référence, en plus ça se dit un peu comme Soin'Soin.

INFOKIOSQUES.NET

Brochures subversives à lire, imprimer, propager !

LES NEBULEUSES.INFO

Rassembler les alternatives, réflexions et luttes autour du travail social et de la santé.

QUESTIONS POLITIQUES

OUTILS DU SOIN

Textes, images, articles à télécharger et à partager sur le soin psychiatrique : outilsdusoin.fr

SANS REMÈDE

Journal de critiques, de témoignages et d'analyses contre la psychiatrie et l'emprise que le médical peut prendre sur nos corps et nos vies : sansremede.fr

PRINTEMPS DE LA PSYCHIATRIE

Agenda des luttes concernant la psychiatrie : printempsdelapsychiatrie.org

PAYETAPSYCHOPHOBIE

Sur instagram : beaucoup de témoignages et d'infos pour lutter contre les discriminations psychophobes, véritable double peine dont on reparlera dans nos prochains numéros !

SENS MULTIPLES

Espace de partage pour personnes ayant des forme de perceptions minorés, car ne faisant pas partie de la norme : sensmu.weebly.com

PRATIQUES SOLIDAIRES

ENTRAIDE MUTUELLE

Ou comment bien gérer son GEM.
www.entraide-mutuelle.org

TENIR TÊTE

Organisation d'ateliers pour promouvoir une culture et des pratiques d'entraide et de solidarité entre personnes en proie à la souffrance psychique : barge.blog

RADIO LA

Projet de Radio grenouille qui fait des ateliers de création sonore avec des usager-es de la psy : www.radio-la.fr

RÉSEAUX DES ENTENDEURS DE VOIX EN FRANCE

revfrance.org

WORKING TO RECOVERY

L'une des figures du retablissement psychiatrique, qui a su prendre ses souffrances comme un apprentissage, et qui aujourd'hui transmet son savoir lors de workshop dans sa maison en Angleterre : www.workingtorecovery.co.uk

AUTRES LIENS

JUST

Justice et union pour la transformation sociale. Association à l'origine du Lieu de Répit : just.earth

PSYCOM.FR

Bien plus officiel, mais bon, y a beaucoup de liens et d'articles importants pour se rétablir.

C.C.O.M.S

Centre Collaborateur à l'O.M.S, ou la partie santé mentale de l'O.M.S, avec des actions innovantes et des personnes assez impliquées, réactives. Ils sont bien dans une réflexion constructive sur la paire aidance et le rétablissement psychiatrique : www.epsm-lille-metropole.fr/le-ccoms



Si vous voulez participer
au journal, d'une manière
ou d'une autre, n'hésitez pas
à nous écrire à :

contact@soinsoin.fr

Et rendez-vous sur notre site :

soinsoin.fr

SOMMAIRE

- p.1 • **Edito**
- p.3 • **Je vous écris de ceux qui voient des monstres dans le pot de confiture**
- p.6 • **La pair-aidance ou auto-support**
- p.9 • **La psychiatrie se rappelle-t-elle de la médico-philosophie ?**
- p.13 • **Le COFOR : un lieu pour s'outiller face à l'adversité**
- p.16 • **Les signes**
- p.20 • **Se rétablir, une BD de Lisa Mandel**
- p.25 • **« Messies de tous les pays, unissez-vous »**
- p.28 • **Folie & précarité : la double peine**
- p.33 • **Expériences « psychotiques » : leur donner du sens pour ne plus les subir**
- p.36 • **Open Dialogue : une écoute polyphonique**
- p.40 • **Se rétablir, une BD de Lisa Mandel**
- p.42 • **Domination masculine et violences faites aux femmes en milieu totalitaire psychiatrique**
- p.50 • **Claudel-Louis : deux trajectoires d'artistes mortes à l'asile**
- p.53 • **Faut-il se révolter contre la psychiatrie ?**

soinsoin.fr