SOIN SOIN N'S



Journal de réflexion sur le soin psychiatrique
écrit par des usager·es



tipeee !!!

Pour rendre accessible ce journal a celles et ceux qui ne peuvent pas se le permettre.

Pour garder une indépendance et une parole franche.

Pour avoir un minimum de stabilité et faire d'autres projets qui auront toujours pour but d'améliorer les parcours de soins des usager·es.

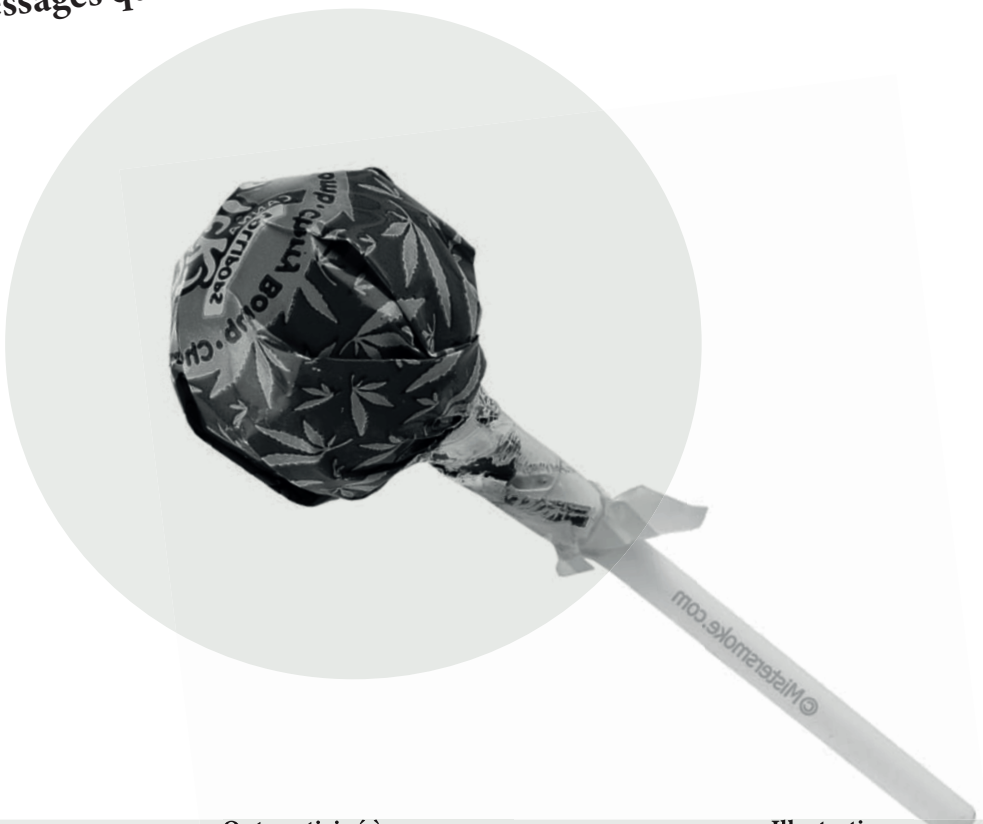
TIPEEE.COM/SOINSOIN

SOINSOIN.FR

Reprezent !

Ne pas avoir honte de ce que nous sommes,
ni de ce que nous serons,
car accepter la différence est le signe d'avancée
le plus caractéristique d'une société.
Faisons reculer l'obscurantisme
et combattons la bêtise jusque dans ses moindres recoins.

Merci à vous de vos encouragements et de vos soutiens, ce sont ces messages qui nous poussent à continuer le combat !



Ce journal est publié par l'association Soin'Soin, basée à Marseille.

Nous ne prétendons pas représenter tous·tes les usager·es mais essayons de donner un outil de plus pour nous fédérer et améliorer nos parcours de soins.

Ont participé à ce numero :

Rédaction :
Adèle Pariente, Marianne Foiselle, Garance Haté, Pénélope Laurent, Yasmine Aichi, Maissa Fahla et Matthias Youchenko (Les Philosophes Publics), Daphné Praud Bodéré, Alexanadra Picheta, Eloise Massardi. Mathieu Leonard.

Illustrations :
Lisa Mahey, Louiseaon Rocard Juliette Valin, Margot Michel, Patrick Lombe, Holy Malendra, Mathilde François.

Couverture :
Gaelle Matata.

Graphisme et maquette :
Mathieu Leonard
Andréa Mestre.

Corrections :
Pénélope Laurent, Lea Maaroufe-Delannoy, Adeline Pinon.

Pour toutes questions, participations ou autres :
contact@ soinsoin.fr

LE CONTRAT QU'ON NE LIT JAMAIS

Je me réveille une heure plus tôt. Pas pour méditer. Pas pour profiter du matin. Pour décongeler 6h au lieu de 7h. C'est le temps qu'il faut. Pour que mes yeux s'ouvrent vraiment. Pour que ma langue se décolle du palais. Pour que mes membres acceptent de bouger. Pour que je me souvienne que j'existe.

Dans la notice du Seroquel il est écrit : **« Somnolence ».** L'apparition des symptômes était généralement observée dans les 3 premiers jours du traitement. »
Il n'est pas écrit : « Vous devrez vous réveiller une heure plus tôt chaque matin pour décongeler de la sédation. Après trois jours. Après trois mois. Après un an. Toujours. »

Mon corps ne m'appartient plus. Je suis locataire de moi-même. Je paie le loyer en effets secondaires.
Quétiapine 400mg.
Cyamémazine 25mg.
Diazépam 10mg.
Trois noms à avaler comme des prières chimiques.
Cinq pharmacies pour trouver du Seroquel 400. « Rupture de stock madame ». « On attend la livraison ». « Vous pouvez essayer à côté ».

Ma stabilité mentale dépend d'une chaîne logistique européenne. Mon Seroquel vient d'Espagne maintenant. Dans la notice il est écrit : « En cas de rupture de stock consultez votre pharmacien ».
Il n'est pas écrit : « Vous ferez cinq pharmacies avant de trouver vos cachets.

Dans la notice du Seroquel
il est écrit:
« Après un arrêt brutal
de la quétiapine des symptômes
aigus de sevrage
ont été rapportés.»
Il n'est pas écrit:
«Brutal signifie aussi
'sans diminuer
progressivement sur des mois'.
Vous ne pourrez pas juste
arrêter un jour.
Jamais ».

Votre stabilité dépend de l'Espagne. Si demain l'Espagne ferme ses frontières qu'est-ce qui se passe ? ».
Mon pilulier dans mon sac. Toujours. C'est gênant. C'est presque pire qu'un bracelet d'hôpital au poignet. Au moins le bracelet on te l'enlève à la sortie. Le pilulier c'est pour combien de temps ? Personne ne sait.
Dans toutes les notices la même phrase: **« La durée du traitement sera déterminée par votre médecin. »**
Jamais de chiffres. Jamais de « six mois » ou « deux ans ». Contrat à durée indéterminée.
Je ne peux pas démissionner.
Dans aucune notice il n'est écrit : « Vous aurez honte de votre pillulier. »
Mais j'ai honte. Je le cache. Je vérifie que personne ne regarde quand je le sors. Je fais semblant que c'est juste des vitamines si quelqu'un le demande.

Ma bouteille d'eau. Toujours une bouteille d'eau. C'est mon totem. Ma bouteille magique.
Dans la notice du Seroquel il est écrit:
« Sécheresse buccale ».
Dans la notice du Tercian :
« Sécheresse de la bouche. »
Deux mots. Dans une liste de 50 effets secondaires.
Il n'est pas écrit : « Vous aurez toujours

une bouteille d'eau sur vous. Vous boirez pour rester vivante, pas hydratée. L'eau aura un goût de médicament. »
Mes journées sont découpées en morceaux qui ne se rejoignent pas. Je m'endors à 18h. Je me réveille à 23h. Je prends deux Tercian un Seroquel. Hier soir j'étais très sédatée mais je voulais écrire quand même. Je ne me rendais pas compte que j'étais pas en capacité mentale de le faire. Mon cerveau au ralenti. Mes doigts collés au clavier. La pensée liquide. J'écrivais quand même.

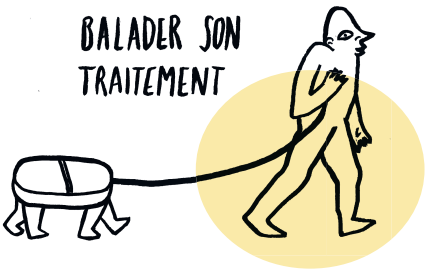
Dans la notice du Seroquel il est écrit : **« Une somnolence peut apparaître particulièrement pendant les deux premières semaines de traitement mais disparaît généralement avec la poursuite du traitement. »**

Il n'est pas écrit : « Vos journées seront découpées en morceaux. 18h-23h-cachets -recommencer. Vous serez tellement sédatée au point de ne pas vous rendre compte que vous n'êtes pas en état de fonctionner. Cela ne disparaîtra pas après deux semaines. »
Ça fait déjà plus de 2 semaines.
La dépression tourne en tâche de fond. Toujours là. Processus qui consomme toutes mes ressources en arrière-plan pendant que je fais semblant de fonc-



tionner.
Avant-hier le psychiatre. Je lui ai dit : « Sans cocaïne, c'était le bordel dans ma tête. Rien n'était clair. »
Il a dit que les substances agravaient les choses. J'ai dit : « Très bien. Alors comment calmer le tourbillon de pensées ? »
Il a dit : « En respirant ».
En respirant.
Puis il m'a fait répéter que j'étais bipolaire donc c'était normal. Répète après moi. Tu es bipolaire. C'est normal. Respire. Avale tes cachets.
Dans toutes les notices il est écrit : **« En cas de questions interrogez votre médecin. »**
Il n'est pas écrit : « Votre médecin vous dira peut-être de respirer. Il n'aura peut-être pas d'autre réponse que la respiration. »
Tout ça c'est dans ma notice. **Mais personne ne veut me répondre.**

Dehors c'est impossible de garder la tête haute. Le bruit la lumière le son. Tout est trop. Souvent. Pas parce que je suis fragile. Pas parce que je suis malade. Parce que mon traitement est hyper sédatif.



Le monde est trop fort pour quelqu'un sous sédation permanente.
Dans les notices il n'est pas écrit : « Le monde deviendra trop violent pour vous. Pas parce que vous êtes malade. Parce que nous vous avons sédatée. »
Je ne peux plus fumer. Ça brûle maintenant. La clope descend mal avec la quétiapine. Ça gratte. Ça fait mal.
Mon corps rejette ce qu'il aimait.
Dans la notice du Seroquel il n'est pas écrit:
« Vous ne pourez plus fumer. Votre corps rejettera ce qu'il aimait.
Même vos petits plaisirs seront réquisitionnés. »
Je me cale quelque part.
J'avale un demi-Valium avec ma bouteille magique. Je fais comme si le monde extérieur était supportable.
Dans la notice du Valium il est écrit : **« Risque de dépendance. Ce risque augmente avec la dose et la durée du traitement. »**
Il n'est pas écrit : « Vous prendrez un demi-Valium pour rendre le monde supportable. Plusieurs fois par jour. Vous ne saurez pas quand c'est devenu une dépendance. »
Dans la notice du Seroquel il est écrit : **« Prise de poids. »**
Deux mots. Dans une liste.
Il n'est pas écrit : « Vous devrez manger hyper sainement sinon vous prendrez du poids.
Vous aurez constamment faim. Tout le temps. Une faim chimique que rien ne calme vraiment. »
J'ai constamment faim. Je dois surveiller chaque bouchée. Le Seroquel me donne faim et me fait grossir en même temps. Double peine.
Dans la notice du Seroquel il est écrit : **« Constipation. »**
Un mot. Dans une liste de 50 effets.
Il n'est pas écrit : « Vous devrez prendre du Macrogol pour réussir à chier. Vous ajouterez un médicament pour gérer les effets secondaires du médicament. »
Je prends du Macrogol maintenant. Pour pouvoir chier. À cause du Xeroquel qui me constipe. Un médicament pour réparer ce qu'un autre médicament casse.
Dans la notice du Seroquel il est écrit : **« Dysfonction sexuelle. »**
Dans la notice du Valium : « Impuissance augmentation ou diminution de la libido. »
Quelques mots. Au même niveau que « bouche sèche » dans la liste. Il n'est pas écrit : « Vous ne pourrez plus jouir quand vous faites l'amour.



Vous renoncerez à être aimée.
Vous saurez que c'est trop lourd. »
J'ai renoncé à être aimée pour ce que je suis. Je sais que c'est trop lourd.
Je le comprends. Moi aussi j'hésiterais à sortir avec une fille qui se balade avec un pilulier.
Hier j'ai dit à mon ex : « Je tiens à toi je sais pas me tenir. »
Elle a dit : « Moi aussi je tiens à toi mais je peux pas te tenir non plus haha. »

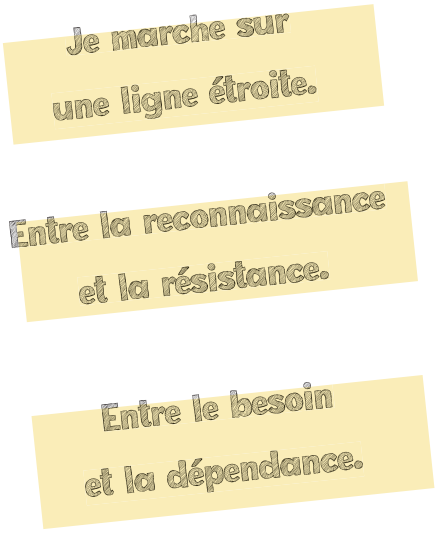
C'est vrai. M'aimer c'est me tenir.
Comme la tour de Pise. Tout le monde vient voir. Fait de longs voyages.
Toulouse-Marseille pour me voir à l'hosto. Mais jamais pour redresser. Jamais pour stabiliser. Juste regarder l'inclinaison. Repartir.

Dans les notices il n'est pas écrit : « Vous renoncerez à l'amour. Vous saurez que personne ne voudra vous tenir. »
Dans la notice du **Valium** il est écrit : **« Amnésie antérograde peut survenir aux posologies thérapeutiques. »**
Il n'est pas écrit : « Vous oublierez des journées entières. Pas des détails. Des pans complets de votre vie. »
Chaque jour je me réveille avec l'espoir que c'est le dernier jour de l'épisode dépressif. Mais j'ai aucun contrôle. C'est limite si je souhaite que la manie arrive alors que c'est mal. Au moins la manie ça bouge. La dépression c'est l'immobilité totale. Attendre que ça passe sans savoir quand.

Dans la notice du **Seroquel** il est écrit : **« Prévention des récidives des épisodes maniaques ou dépressifs. »**
Il n'est pas écrit : « Vous n'aurez aucun contrôle sur vos épisodes. Vous attendrez. Vous en viendrez à souhaiter la manie parce que l'immobilité de la dépression est pire que l'agitation dangereuse. »

Je ne suis pas anti-psychiatrie. Comment le serais-je ? Ces pilules m'empêchent de sauter sur la départementale. Elles éteignent les voix qui me disent que je ne mérite pas d'exister. Elles transforment l'envie de mourir en simple fatigue existentielle. Mais je ne suis pas pro-psychiatrie non plus. Parce que ces mêmes pilules m'empêchent de pleurer quand mon grand-père meurt. Elles m'empêchent de jouir. Elles me donnent constamment faim. Me fait somnoler peu importe l'heure. Cela m'empêche de me concentrer .
Elles transforment mes colères légitimes en symptômes à surveiller. Je marche sur une ligne étroite. Entre la reconnaissance et la résistance. Entre le besoin et la dépendance.
Entre la guérison et la survie sous perfusion chimique.

Dans les notices tous ces effets sont listés au même niveau. **« Sécheresse buccale »** et **« dysfonction sexuelle ». « Somnolence »** et **« amnésie ». « Constipation »** .
Comme si c'était équivalent. Comme si perdre sa capacité à jouir et avoir la bouche sèche était pareil.
Dans la notice du Valium il est écrit : **« Symptômes de sevrage : anxiété crises de panique palpitations transpiration tremblements confusion mentale sévère crises convulsives. »**
Il n'est pas écrit : « Vous ne pourrez jamais arrêter sans décompenser. C'est un contrat à vie. Vous êtes prisonnière. »



Dans la notice du Seroquel il est écrit : **« Après un arrêt brutal de la quétiapine des symptômes aigus de sevrage ont été rapportés. »**
Il n'est pas écrit : « **Brutal** signifie aussi sans diminuer progressivement sur des mois. Vous ne pourrez pas juste arrêter un jour. Jamais. »

On nous diagnostique mal. On nous colle des étiquettes. Bipolaire. Borderline. Dépressive. On nous donne des pilules. On nous dit de lire les notices. Puis on se les prend dans la gueule ces notices.
Parce qu'elles ne disent rien de ce qui compte vraiment.
Tout le monde fait semblant dans un monde où même la tendresse devient performance. Où vos « comment tu vas ? » restent en surface pendant que nous on coule. On veut que je sois stable. Pas que je sois vraie.
Dans toutes les notices il est écrit : **« En cas de questions consultez votre médecin. »**
Il n'est pas écrit : « Votre médecin n'aura peut-être pas les réponses. Il vous dira de respirer. Il ajustera vos doses. Il vous fera répéter votre diagnostic. Mais il ne saura pas quand vous pourrez arrêter. Il ne saura pas comment réparer ce que les médicaments ont cassé. »

Une personne sur deux fera un épisode dépressif dans sa vie. Nous ne sommes pas fous.
Nous sommes le symptôme d'un monde malade.

Mon corps ne m'appartient plus. Ma bouche est sèche. Mes doigts sont lourds. Mon cerveau fonctionne sous influence. J'ai constamment faim. Je dois manger sainement sinon je prends du poids. Je prends du Macrogol pour réussir à chier. J'avale un demi-Valium pour que le monde devienne supportable. Je décongèle une heure chaque matin. J'ai renoncé à être aimée. J'ai honte de mon pilulier. Je fais cinq pharmacies. J'oublie des journées entières.
Je ne peux plus jouir. Je ne peux plus pleurer. Je ne peux plus fumer. Mais quelque part au fond quelque chose résiste encore. Un éclat. Une révolte microscopique. Un refus d'être effacé.
Alors j'écris. Je bois. Je recommence. Même sédatée. Même avec le pilulier dans mon sac. Même en congelant une heure chaque matin. Même en faisant cinq pharmacies. Même en prenant du Macrogol. Même avec cette faim constante. Même en ayant renoncé à l'amour.
Parce que ce n'est pas écrit dans les notices :
« Vous refusez quand même de vous taire. »

YASMINE AICHI


MÉDICATION
1 SOLUTION DES CONSÉQUENCES
ASIL 2026

MINEURS & HOSPITALISATIONS

Beaucoup d'articles évoquent la santé mentale des jeunes, mais trop peu traitent de la réalité des hospitalisations et il nous paraît important d'en parler. C'est comme s'il y avait invisibilisation du problème. En effet, de nombreuses questions éthiques se posent : Les droits fondamentaux des patient·es sont-ils respectés ? Sont-ils considérés de manière respectueuse ? Quel est leur statut légal... bref trop de questions essentielles restent en suspens.

« L'hôpital ça casse
L'hôpital ça tue parfois
Faut pas croire que tout va bien,
que c'est magique
Y en a qui ne se relèvent pas
L'hôpital ça aide mais ça traumatise aussi
L'hôpital c'est dur ».

Julie, 16 ans

Depuis 2022, la plus-forte augmentation du temps d'hospitalisation est celui des jeunes de moins de 24 ans), et plus de 18% des 410 000 personnes hospitalisées en 2024 ont entre 13 et 24 ans. On constate aussi une nette évolution du nombre d'adolescent·es souffrant de troubles anxio-dépressifs graves. 18 % avaient eu des pensées suicidaires dans l'année, contre 11 % en 2017. Le suicide est la troisième cause de décès chez les 15-29 ans.

Une prise en charge insuffisante

CMPP, unité de soin hospitalière pour jeunes adultes… Une enquête du Syndicat des psychiatres hospitaliers (SPH) constate l'inadaptation des prises en charge des 16-18 ans et met en exergue la pénurie de pédopsychiatres, le manque de moyens et de soutien de l'administration, l'engorgement des urgences, les problématiques de travail collectif sur les transformations ou encore l'absence de structures adaptées. En moyenne, pour avoir un premier rendez-vous pour une suspicion de troubles du spectre de l'autisme de votre enfant, il vous faudra attendre 3 ans dans le secteur public. Il est évident que cette errance thérapeutique a des conséquences sur la santé de l'enfant.

Pareil avec les CMP/CMPEA, où l'on a souvent une attente de 6 mois pour des jeunes qui peuvent avoir des idées suicidaires et un besoin d'accompagnement urgent.
Le rapport annuel de 2025 du défenseurs des libertés met en avant un système administratif enlisé dans son inertie, avec des actions éparses et au bon vouloir de certain·es travailleur·euses qui font bien leur boulot (force à elles et eux). Mais les conditions actuelles (sous-effectifs, manque de temps et de formation…) rendent le respect des besoins quasi-impossible. Aujourd'hui seulement on commence à parler de la pénurie de pédopsy avec des professionnel·les qui n'hésitent pas à s'en révolter, on les soutient !

Hospitalisations

Donc comment se passent les hospitalisations pour ces jeunes ?
Tout d'abord, « seuls 2 % l'ont été suite à la décision d'un juge. La grande majorité de ces hospitalisations font suite à une décision de l'autorité parentale ou du directeur d'un établissement de l'aide sociale à l'enfance, dans le cas des mineurs placés en famille d'accueil. Ces hospitalisations entrent donc dans la catégorie des « soins libres »tels que définis par le code de la santé publique ». Dans un rapport intitulé « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », publié en 2017, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté indiquait, concernant les personnes mineures, que « l'hospitalisation peut être totalement imposée par un tiers - ses parents, voire le directeur de l'établissement qui l'accueille - sans qu'il bénéficie des garanties reconnues aux majeurs en situation comparable ». Un premier déséquilibre dans la considération de nos jeunes camarades et une situation qui met en avant le grave problème d'un double assujettissement de l'enfant à ses parents et à l'établissement médical. En gros, tu vas à l'hôpital puis c'est tout !
La plupart du temps, les jeunes personnes sont déstabilisées et prennent du temps à se sentir « à l'aise » dans les services de soin.
La violence des hospitalisations pour adultes est appliquée à celle des enfants, et l'on connaît les suites traumatiques de la chambre d'isolement. Julie témoigne : *« Parfois lorsqu'une crise survient, lorsqu'on n'est plus gérable, un protocole d'isolement est appliqué. C'est la pire chose qu'un patient mineur peut subir : solitude, peur, anxiété.*



« Ma première expérience d'hospitalisation a commencé en 2022. On m'a prévenue au dernier moment de cette hospitalisation en pédopsy, j'ai été transférée la nuit par une ambulance suite à une crise. Une fois la bas je n'avaisaucun repère, il faisait noir, on m'a mise dans une chambre et je ne savais pas où nous étions. Jai dormi. Le lendemain on ne m'a pas vraiment expliqué où j'étais, j'ai le souvenir d ouvrir les volets et d'avoir l'impression qu'on était en pleine ville dans une maison, avant de comprendre plus tard que j'étais dans un des pavillons de l'hôpital. »

Julie

Lorsque plus rien ne marche c'est la contention mécanique, des sangles, un lit scellé au sol, pièce blanche vide, une caméra, pas de fenêtre..... C'est sûrement ça le moment le plus difficile, du moins le plus traumatisant.
La fatigue est aussi une chose difficile. Contentionné on essaye de pas dormir car si on dort durant le passage du praticien hospitalier (toutes les six heures) on restera attaché ».
Comment appliquer des protocoles aussi sévères à des personnes aussi désarmées et impuissantes ?
Pourquoi ne parle-t-on que des chambres d'isolement pour adultes mais pas celles des enfants ?
Alors que de récentes évolutions normatives ont renforcé la protection des droits des patients en soins sans consentement en soumettant les mesures d'isolement et de contention - privations de liberté dans la privation de liberté - au contrôle de l'autorité judiciaire, le CGLPL observe en outre un recours massif à l'isolement des mineurs hospitalisés en psychiatrie. Les enfants susceptibles d'être effectivement soumis à de telles mesures, dont le législateur circonscrit expressément le champ d'application aux soins sans consentement, sont pourtant très minoritaires. Ces mineurs hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) se voient appliquer les mêmes restrictions à leurs droits et liberté que les adultes, alors que leur particulière vulnérabilité justifierait une adaptation de leur prise en charge, afin de les protéger notamment des conséquences à long terme d'une hospitalisation sous ce régime.
Ainsi la méconnaissance des normes applicables, parfois directement liée à l'état de délabrement de certains services hospitaliers, combinée au caractère inadapté de certaines modalités de prise en charge aboutit à une situation paradoxale dans laquelle les patients les plus vulnérables sont ceux que la loi protège le moins ».
Nous rappelons aussi que ces mesures de contentions sont d'une manière générale remises en question par de nombreuses institutions comme par exemple les Nations Unies (dont la France fait partie) avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Troubles psy et psychotrauma

« *J' ai été frappée par l'insuffisante prise en compte de la dimension psychotraumatique. Une proportion importante d'enfants et d'adolescents accueillis présente des vécus traumatiques, souvent complexes et précoces, qui ne sont ni suffisamment repérés ni spécifiquement traités. Les approches restent fréquemment centrées sur les symptômes observables, sans intégration des mécanismes sous-jacents liés au trauma* » témoigne Aurelie Millet, psychologue au centre de santé psychiatrique pour jeunes Isidore Ducasse, à Marseille.
La piste d'une culture de la négation du trauma et de la véracité des actes subis reportés par les enfants dans la continuité de la méfiance envers la parole des enfants.
En construction, les enfants et adolescents sont plus vulnérables que les adultes face aux événements à potentiel traumatique. Les sources de traumatisme sont multiples mais certaines sont spécifiques au contexte familial : violences éducatives ordinaires intra-familiales, que ce soit verbales ou physiques, précarité, pédocriminalité, inceste.

« Les personnes arrivant en psychiatrie ont souvent des parcours spécifiques et présentent des trajectoires marquées par des discontinuités relationnelles (familiales, scolaires, institutionnelles), entravant la construction d'un sentiment de continuité de soi ».

Aurélie Millet, psychologue au centre Isidore Ducasse.

Pour rappel, toutes les 3 minutes, un enfant est victime d'inceste, de viol et d'aggression sexuelle en france. Et un enfant meurt tous les 5 jours sous les coups de ses parents ou de proches. En France, il y a un déni de ces violences, malgré la si-

gnature de la Convention internationale des droits de l'enfant, qui se base sur 4 principes fondamentaux : la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit de vivre, survivre et se développer, et le respect des opinions de l'enfant.
En psychiatrie, comme dans tous les domaines, le « jeune » n'a pas son mot à dire. L'institution n'a pas intérêt à ce que les jeunes décident pour eux-même ce dont ils ont besoin. L'adaptation du soin institutionnel aux besoins spécifiques de chacun demande de repenser entièrement le système de santé actuel. D'ailleurs, on préfère considérer que l'enfant ne sait ni où, ni pourquoi il a mal. Il y a un lien direct entre le manque de temps et d'effectif des soignants et la surmédicamentation, la mise à l'isolement et le sentiment de solitude des patient·es. Le temps accordé à chaque patient·e est de plus en plus restreint, les praticien·nes sont forcé·es d'opérer une priorisation au détriment des cas considérés comme « moins graves ».
Le capitalisme n'épargne pas les institutions de santé mentales qui tendent vers une standardisation du soin : systématisation dans l'application de protocoles, monopole du diagnostic « objectif » et rapide suivi d'ordonnances pour seule réponse. Ce modèle de psychiatrie « hors-sol » signifie moins d'adaptation aux contextes et aux besoins spécifiques de chacun·es. « L'expertise », au détriment du soin.

Statut de l'enfant et adultisme

L'adultisme désigne le système d'oppression de l'adulte sur l'enfant. Dans l'imaginaire les enfants seraient immatures, naïfs, incapables de discernement par nature et donc pas dignes d'être pleinement écoutés ou crus. Mais il se manifeste aussi et de manière beaucoup plus concrète par une série d'attitudes condescendantes ou autoritaires, et un rapport structurel de domination. Il interfère dans les institutions : à l'école, en famille, la justice, et bien évidemment aussi en santé mentale. Il est interessant de montrer ce phénomène car prépondérant dans le parcours de soin de ces personnes.

Luttes de classe primaire

Mais alors pourquoi ne pas reconnaître les enfants comme des personnes à part entière ?
L'enfant, du latin *infant* « qui ne parle pas », c'est celui qui n'a pas son mot à dire. En effet, l'âge est dans toutes les cultures un enjeu de pouvoir. La domination par l'âge c'est se positionner comme sachant et prétendre savoir ce qui est bon, ou pas, pour l'enfant. On présuppose donc qu'il n'est pas en mesure de savoir ce qui est bon pour lui et ce dont il a besoin. Que ce soit pour sa vie, ou pour son rétablissement, dans une perspective de soin. Cette paternalisation imposée empêche son autodétermination.

Construction de l'estime de soi et autodétermination

Quand un enfant voit ses choix respectés, il apprend à se positionner dans son environnement, à s'affirmer par rapport aux autres. La confiance en soi du futur adulte se construit dans l'enfance. A travers ses réussites et ses échecs, le regard de sa famille, de l'école, de la société et ses normes. Toutes ces expériences vont déterminer son estime de soi et sa capacité à agir.

« J'ai été frappée par l'insuffisante prise en compte de la dimension psychotraumatique. Une proportion importante d'enfants et d'adolescents accueillis présente des vécus traumatiques, souvent complexes et précoces, qui ne sont ni suffisamment repérés ni spécifiquement traités. Les approches restent fréquemment centrées sur les symptômes observables, sans intégration des mécanismes sous-jacents liés au trauma ».

Aurélie Millet, psychologue.

Et le développement de son pouvoir d'agir est aussi un enjeu politique. Bourdieu disait que la jeunesse n'était qu'un mot mais aussi que pour que les choses changent, il fallait que les personnes au pouvoir rajeunissent. Mais le sujet politique « mineur » a une liberté limitée. Jusqu'à ses 18 ans, il ne vote pas. L'enfant prend son autonomie en tant que sujet politique à sa majorité.
L'adulte se réserve le savoir et donc le pouvoir.
Museler la jeunesse, la brimer dans son émancipation fait partie de cette logique de domination. La société ne veut pas s'adapter aux enfants. C'est à eux de s'adapter au monde des adultes, et à ses règles.
Ce regard « adulto-centré » s'intériorise : on rit des émotions des enfants, on minimise leur colère, on les interrompt plus facilement, on parle à leur place, souvent avec l'intention « sincère » de les protéger. Mais ces comportements entraînent un refus de considérer les enfants comme des sujets politiques, porteurs de savoirs, capables de critique, d'intuition et de résistance ».

« Dans son livre *Regarde, ton enfant est compétent,* Jesper Juul regrette que le regard traditionnel des adultes sur les enfants et adolescents nous conduise à adopter avec eux un langage « suffisant, condescendant et intrusif ». Il cache une vision enracinée : ils ne sont pas encore des personnes à égalité avec les adultes, en termes de dignité, de droits, de respect, d'intelligence, de capacité à former un avis.« Pourtant, les enfants d'aujourd'hui sont les adultes et les parents de demain. Et si on écoutait ce qu'ils ont à nous dire ? C'est ce qu'a fait Lolita Rivé, qui donne la parole aux enfants dans son podcast *Qui c'est qui commande ?*
Et quand on prend la peine de les écouter, les enfants formulent cette violence et ses paradoxes. Ces injonctions entre responsabilité et liberté, discrimination et protection. Lorsqu'on les interroge, les enfants verbalisent que l'école n'est pas assez inclusive, que les claques les révoltent. Ils parlent de leur colère ou de leur impuissance face à la violence des adultes, des parents, de la famille. Ils parlent des violences éducatives ordinaires, de l'injustice, du sexisme, du racisme et de l'écologie.

Conclusion et considérations pour une meilleure prise en charge

Donc le constat est plutôt simple et peu encourageant. Même si de nombreux·ses soignant·es font un travail essentiel, ils trouvent le plus grand mal à exercer leur métier de façon convenable.
Pour éviter de faire de longues phrases explicatives on préfère publier les principales recommandations du CGLPL

« - Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que tout enfant dont l'état nécessite des soins puisse être accueilli dans un établissement adapté, suffisamment proche de son domicile pour garantir le maintien des liens familiaux.

- Les pouvoirs publics et les autorités responsables doivent veiller à ce que tous les mineurs bénéficient effectivement des droits qui leur sont conférés par la loi.

- Les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de 25 ans.
Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de 13 à 16 ans et, d'autre part, les jeunes de 16 à 25 ans.

- En cas d'admission à la demande des représentants légaux, il convient de recueillir l'accord des deux parents, de façon formelle, dès lors qu'ils partagent l'exercice de l'autorité parentale. Si un seul des parents dispose de cet exercice, l'autre parent doit être informé au plus tôt.

- Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux doivent pouvoir saisir la commission départementale des soins psychiatriques. Lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation, les mineurs doivent également pouvoir saisir le juge des libertés et de la détention. Ils doivent être informés de ces possibilités par l'hôpital, dans les meilleurs délais et dès que leur état le permet.

- Quel que soit le mode d'admission, une information doit être délivrée aux représentants légaux ainsi qu'au mineur, selon ses facultés de compréhension et sa maturité. L'information doit porter sur la maladie, sur les divers traitements médicamenteux envisageables, sur l'ensemble des composantes du soin, sur le fonctionnement de l'unité et les règles de vie quotidienne, sur l'existence d'une chambre d'isolement et son utilisation, sur les possibilités de soutien à l'ensemble de la famille pendant et à l'issue de l'hospitalisation. Les supports et les modalités de délivrance de l'information doivent être adaptés à l'âge, aux capacités, à l'état de leurs destinataires.

- Le suivi des patients mineurs devrait s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin formé à la pédopsychiatrie.

- Une attention particulière doit être portée à la conception et à l'aménagement des unités de soins pour mineur·es. Elles doivent être spacieuses et comporter un accès à l'air libre. L'équipement doit être conforme à la sécurité des patients tout en préservant leur dignité et leur intimité.

- Les unités recevant des mineurs devraient bénéficier d'une chambre d'apaisement permettant une mise à l'écart sans enfermement et dans des conditions de confort. La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement devrait être réfléchie en équipe, dans le cadre du projet médical.
Les chambres d'isolement devraient être exclues des unités recevant des enfants de moins de 13 ans. Les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles devraient recevoir une formation spécifique, destinée à prévenir les crises et à y répondre par d'autres moyens que le placement en chambre d'isolement.
Les représentants légaux doivent être informés de l'existence d'une chambre d'isolement et des modalités de son utilisation ; lorsque la mise à l'isolement est effective, ils doivent être informés dans les meilleurs délais.

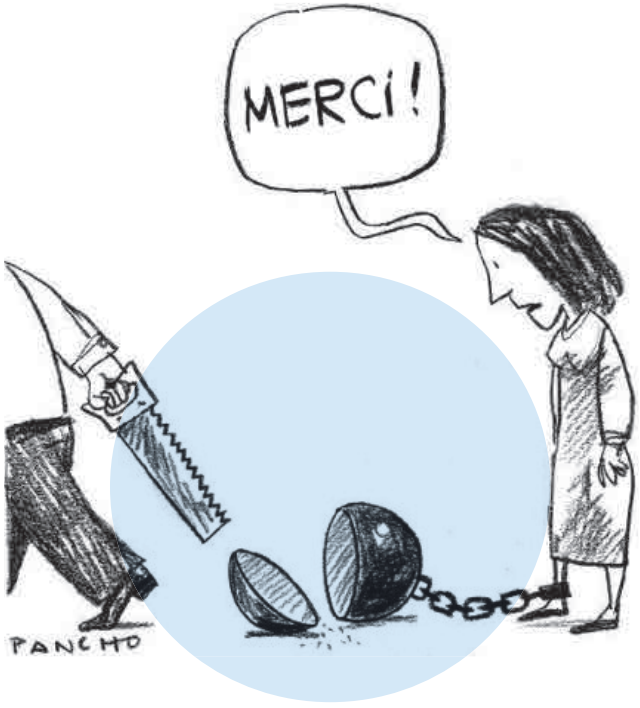
- Le personnel hospitalier devrait être sensibilisé aux questions d'ordre juridique.

- Il ne peut être porté atteinte à la confidentialité des échanges téléphoniques que pour un motif tiré de l'état de santé du patient, lequel doit être régulièrement réévalué.

- En raison des enjeux en termes d'insertion, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état et à la durée de leur séjour.

- Il apparaît nécessaire que les équipes, confrontées à des adolescents d'âges différents, engagent une réflexion sur l'approche de la sexualité. »

Nous pouvons décemment esperer que ces propositions puissent être adoptées et rajouter que l'on pourrait aller encore plus loin dans les mesures de précautions envers les jeunes personnes.



J'ai du quitter l'hôpital qui m'a tant fait de mal. Dire adieu à ce lieu qui m'a peut être un peu aidé.
Quitter « l'hospit » c'est prendre la fuite, dire aussi au revoir à ces murs à qui j'ai murmuré mes peines.
Leur dire adieu pour que j'aille mieux. Je suis une petite reine qui doit cacher ses peines, une petite reine qui a peiné pour s'en sortir.
Une impression de prendre la fuite, de les abandonner, les délaisser, de me cacher de cette petite victoire mais c'est pas la fin de mon histoire.
Mon histoire sera faite de beaucoup de ratures, de bonheur en point de suture, de tristesse et de caresses... Mais restera cette histoire marquée sur un petit côté de mon cœur. Ça a été trois années qui m'ont traumatisées, comme apprendre à accepter mon passé. Je vous avoue que parfois j'ai voulu baisser les bras mais mon entourage m'a donné tant de courage. Ces trois années qui m'ont tant mise en difficulté.
Puis y'a mes amis d'hospit, qui en vrai je n'ai pas les mots, pas de mot qui caractérise le bonheur qu'ils m'ont apporté.

Il y a eu des moments de crise ou il y avait beaucoup de violence. Mais ces moments étaient ponctués de bons passages. C'est compliqué mais malgré tout on avance petit à petit. On chute mais on se relève. Malgré toutes les pathologies que j'ai vu il y avait une onde de bienveillance. Une bienveillance fluctuante qui parfois se faisait avaler par les pathologies et les souffrances. Parfois une incompréhension des réactions des autres patient.e.s.

Mon trauma et leurs traumas

Rentrons un peu plus dans le vif du sujet.

Tous les patient.e.s ont vécu des moments très compliqués. Violence des cris, violence des contentions, violence des isolements, violences physiques, violence des mots...
Des traumatismes il y en a eu... J'ai vu des jeunes partir sans plus jamais savoir ce qu'ils sont devenus en gardant la culpabilité de ne pas avoir pu les aider.

Mon expérience

Il y a eu des moments de crises particulièrement violentes des deux côtés. Violence physique de ma part car les mots ne pouvaient plus sortir, violence psychique de leur part.
Ça peut paraître violent, j'ai été attachée à de multiples reprises mais les contentions sont aussi un soin.
L'isolement est très compliqué à vivre. Enfermement, solitude, peur et angoisses, colère, culpabilité... Tout se mélange.

L'hôpital ça casse
L'hôpital ça tue parfois
Faut pas croire que tout va bien, que c'est magique
Y en a qui ne se relèvent pas
L'hôpital ça aide mais ça traumatise aussi
L'hôpital c'est dur
Personne n'en sort indemne
Quand on y rentre, il n'y a pas que nous qui entrons
C'est aussi notre vie d'avant qui y entre avec nous.

Julie Milon (16 ans)

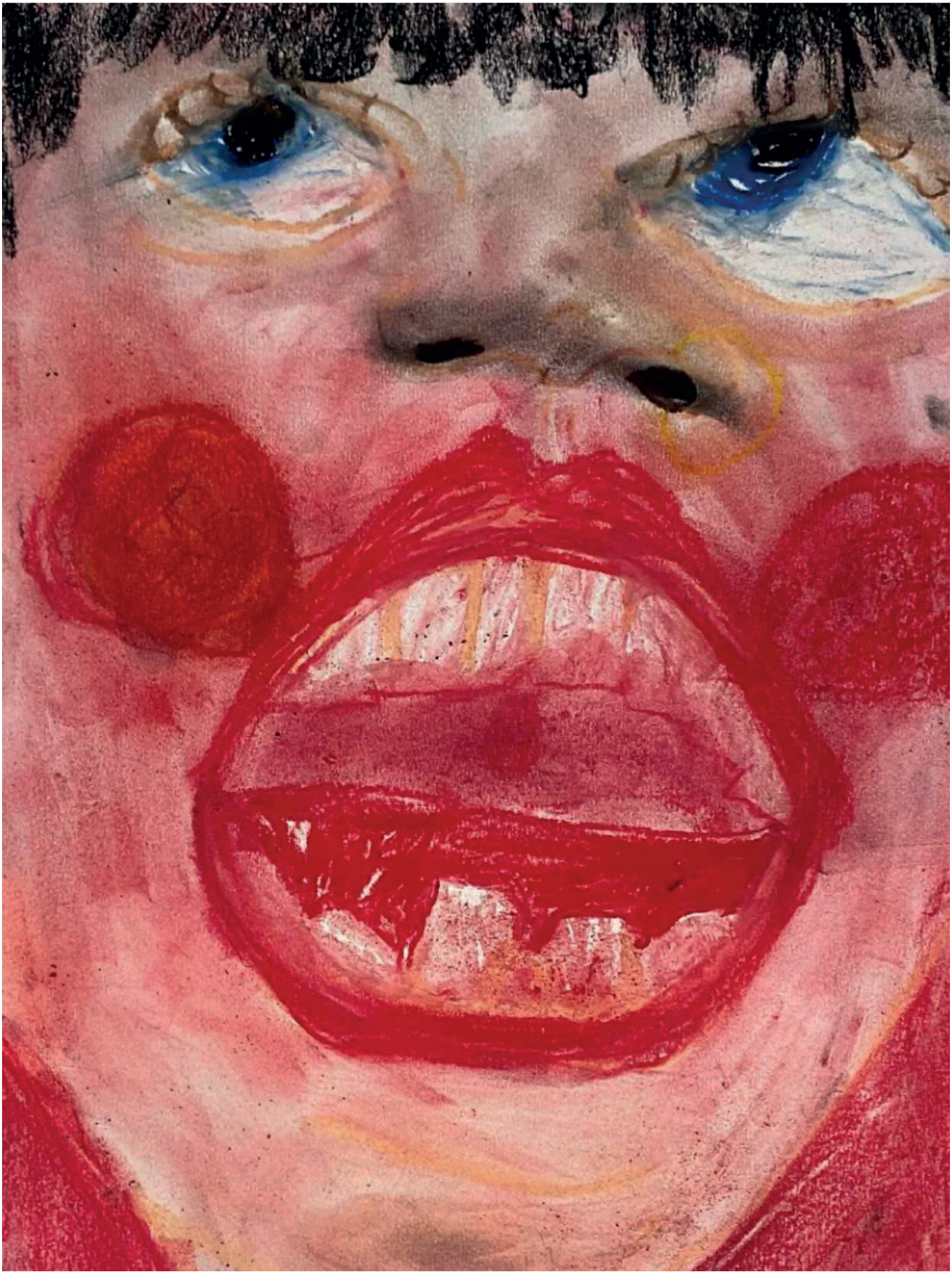


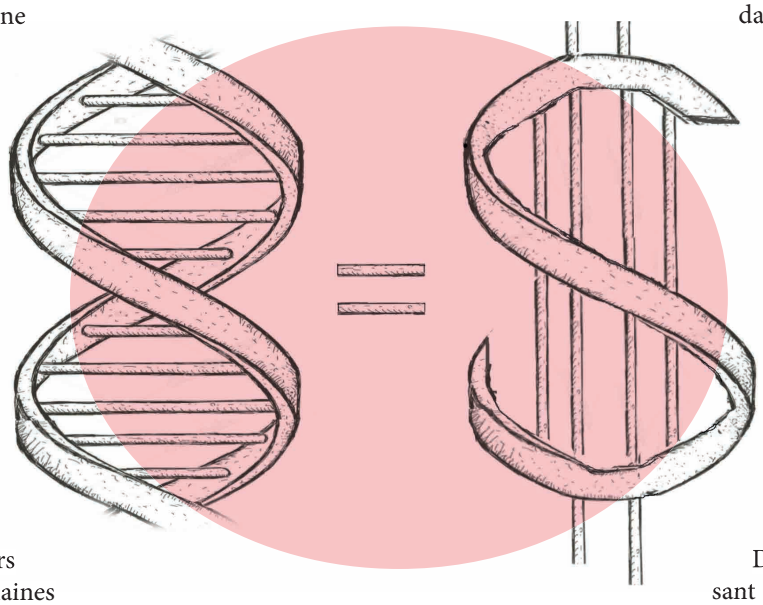
Illustration de Juliette Valin

FONDAMENTAL

«Notre histoire est celle d'une accélération vers une médecine personnalisée et prédictive ».
Marion Leboyer, Professeur de Psychiatrie et Présidente de la Fondation Fondamental

Même Orwell en crise paranoiaque n'aurait pas imaginé pire scénario.

Psychiatrie et médecine somatique, même combat. Ce sont des maladies comme les autres. Un diagnostic, une prise de sang, un cacheton et adieu la souffrance, adieu les insomnies, adieu l'angoisse, adieu l'hospitalisation, adieu les voix, adieu l'isolement : adieu la maladie. Simple, efficace, faux. A la fondation Fondamental - structure semi-privée de coopération de recherche scientifique qui sent bon la start-up nation et la blouse blanche condescendante - on a l'ambition de faire de la médecine personnalisée en psychiatrie : on recherche les liens entre la biologie et la psychiatrie pour proposer des traitements sur-mesure en fonction des caractéristiques cliniques et biologiques des personnes.



On a l'ambition de faire de la médecine prédictive en psychiatrie : viens aux urgences, donne ton sang, on l'analyse et on prédit le cours de ta maladie sur les 20 prochaines années. Combien tu feras d'épisode de maladie, si tu auras des hallucinations ou pas, combien d'arrêts de travail, la couleur de ton t-shirt dans trois ans. Le tout arrosé d'intelligence artificielle et de lobbyisme politique affiché. Pourquoi pas ? Parce que malgré des années de recherche en psychiatrie biologique, malgré des millions investis à travers le monde, malgré les propositions alléchantes de « guérir les maladies mentales », on a pas de preuves scientifiques suffisantes démontrant l'utilité des biomarqueurs ni l'existence de la médecine prédictive en psychiatrie.
Mais pourtant, malgré l'absence de preuves scientifiques suffisantes, Fondamental continue de mettre en avant la psychiatrie biologique, avec le soutien financier de Sanofi, Axa, Dassault système ou encore LVMH, entre autres. Prédire la maladie et proposer de nouveaux traitements ? Une aubaine pour les assureurs et les labos pharmaceutiques. La psychiatrie est un marché juteux : de plus en plus de concerné·e·s, des prises en charge longues, beaucoup d'échecs thérapeutiques. Les bases de données de la Fondation Fondamental sont remplies par les informations obtenues par consentement lors des visites dans les « Centres Experts », que FondaMental déploie dans toutes les grandes villes de France depuis 2007. Au Centre Expert on vient recevoir un diagnostic et une orientation thérapeutique. On ne reçoit ni du soin, ni une prise en charge, ni du suivi. Mais on peut donner son sang pour remplir leurs bases de données. Les inquiétudes sont doubles. D'abord, le monopole croissant de la psychiatrie biologique en l'absence de preuves scientifiques suffisantes renforce la mainmise de la médecine en psychiatrie et qui vide de leur substance nos luttes politiques pour les droits des personnes concernées. Ensuite, l'influence croissante de la Fondation Fondamental auprès des décideurs a conduit à une proposition de loi votée au Sénat en Décembre et visant à faire entrer les Centres Experts comme troisième niveau de soin en psychiatrie, sans consultation des personnes concernées ou des acteurs du secteur. Des mobilisations ont eu lieu pour dénoncer Fondamental et ses méthodes mais le combat continue.
Biologiser, c'est monétiser. Biologiser, c'est dépolitiser

NOT FUN Da MENTAL



Une bribe de présentation en guise de contextualisation

Salut ! Je compte pas vous raconter ma vie en détails, mais je pense qu'il est important de préciser d'où l'on écrit. Parce que ça influe forcément nos approches, notre discours, et leur impact. Alors donc, sans me résumer à ce qui suit : je m'appelle Alex, je suis une meuf queer d'une trentaine d'années, et j'ai vécu au cours de cette dernière décennie plusieurs épisodes dépressifs qu'on pourrait qualifier de sévères à majeurs découlant de décompensations anxieuses. Je suis suivi·e depuis ma première chute par un Magic 3P (psychiatre, psychanalyste, punk - vous imaginez ?), grâce à qui je me comprends mieux, me voile moins la face, et apprends à vivre avec l'entièreté de qui je suis ; ce qui n'empêche pas les rechutes, parce que la magie c'est pas que le paradis. Mais en tout cas, il m'aide à aller de mieux en mieux avec l'entièreté de mon être et le reste du monde, même ce qui peut m'être difficilement supportable, et c'est vraiment pas rien.

Quand j'ai commencé à voir mon psy, j'attendais de lui qu'il me délivre un diagnostic. J'avais pour la première fois décompensé quelques mois plus tôt, jamais vu de psy auparavant, et j'étais en panique totale. J'ai essayé de le coincer à de nombreuses reprises, en début de thérapie comme à l'occasion de mes rechutes ; quand je lui rapportais à chaque nouvelle séance un autodiag issu de Doctissimo, et qu'il me maintenait que non, je n'étais pas malade ; qu'à ce compte-là, lui aussi cochait pas mal des cases proposées, mais qu'il ne se considérait pas « malade » pour autant. Que l'enjeu n'était pas là. J'étais en souffrance, ça c'est clair. Je me trouvais dans un moment où ça débordait, où mes pensées, ma relative maîtrise de celles-ci, et la chimie de mon cerveau étaient par conséquent modifiées. Ainsi de mes émotions, de ma gestion de celles-ci, de mon « humeur ». C'était réel. Insupportable. Mais il me soutenait, en tant que psychiatre, qu'il ne s'agissait en rien d'une « maladie ». Que des médicaments pouvaient certes aider à atténuer des symptômes de ce mal-être. Mais que pour comprendre, apprendre à vivre celui-ci, et enfin l'atténuer, parvenir à négocier avec les différentes parties de moi-même pour peut-être réussir à développer d'autres stratégies, ce en quoi Magic 3P croyait, et qu'il pratiquait, c'était la thérapie, avec pour fondements des théories psychanalytiques. Pas une solution miracle, mais un travail à mener ensemble, qui nécessite du temps.

Alors je suis peut-être extrêmement chanceuxe, mon cas est peut-être rare, je me suis posé la question en entendant des personnes ayant une toute autre expérience de la psychiatrie et / ou de la psychanalyse. Cependant, pour avoir reçu également d'autres témoignages concordant avec mon expérience, je crois de plus en plus profondément que si celle-ci est rare, elle n'est vraiment pas unique. D'où ce texte : ça me fume que des déviant·es, des taré·es, des queers, des minorisé·es, dézinguent sans nuance la psychanalyse comme instrument répressif tout en semblant de plus en plus prompt·es à tendre vers la « promesse du diag » (que celui-ci soit autoproféré ou posé par un·e pro), qui, s'il peut sans nul doute permettre de se

comprendre et d'obtenir des aides pour y faire face, peut aussi, lorsqu'appréhendé comme une donnée uniquement biologique et surtout une fin en soi, réduire les individu·es, leur vécus et leurs singularités, à des pathologies à réguler, sans nécessairement interroger les pendants sociaux, relationnels et systémiques de la souffrance psychique. Promesse du diag qui de nos jours s'allie tout naturellement avec des disciplines comme les neurosciences, dont la « hype » m'inquiète tandis qu'elle se propage dans un système néolibéral dont les technofascistes sont les nouveaux rois.

Freaks : Vent debout contre la psychanalyse, mais promeuteur·ices du determinisme biologique ?

Oui, la pratique psychanalytique comporte et peut mener à bien des écueils, oui, bien des dommages inacceptables sont survenus en son nom, et je ne suis attachæ à aucun lobby ayant pour credo de la racheter à tout prix. Mais je suis convaincu·e que comme bien d'autres choses, la psychanalyse n'a pas d'essence, et qu'elle consiste plutôt en une boîte à outils qui peuvent être utilisés différemment selon qui les manipule, comme le prouve tout un pan critique et émancipateur de cette discipline, qu'on a, je trouve, tendance à éluder au profit de pratiques qui me semblent bien plus déterministes de par leurs fondements biologistes. Sans idéaliser la psychanalyse, et sans nier les réalités biologiques, j'accorderai toujours plus volontiers ma confiance à un·e psychiatre qui fonde sa pratique du soin sur une méthode analytique basée sur le langage, l'association d'idées et leurs interactions avec la plasticité neuronale, qu'à cellui qui me promettra le paradis à coups de bistouri (aka la lobotomie) dont on ne revient pas, d'électrochocs dont les séquelles sont encore peu ou mal mesurées, ou encore de traitement chimique qui se suffirait à lui-même. Dans le registre de la soumission et de la répression, il me semble que ces dernières pratiques laissent beaucoup moins de marge de manoeuvre ou de possibilité de prise de distance voire de recul que ne peut le permettre la psychanalyse.



Certaines personnes restent quand même satisfaites de leurs suivis à Fondamental

J'ai cependant tout à fait conscience qu'on pourrait me rétorquer qu'à vouloir critiquer la quête de diag ou les neurosciences, je risque de suivre la même pente que les détracteurices de la psychanalyse auxquel·les je m'oppose. Je tiens donc à préciser qu'à l'inverse de celleux que je vise, qui clament que « la psychanalyse est inepte puisque ce n'est pas une science et qu'il n'y a aucun moyen de mesurer – ajout de ma part : scientistement – ses effets », mon but n'est pas de décrédibiliser ces pratiques dans leur ensemble. Je crois profondément aux bienfaits de la multiplicité et de la complémentarité des approches. Dans le fait que la psychanalyse et les neurosciences peuvent chacune aider à toucher / déterminer les sources d'une souffrance, de troubles, de schémas et mécanismes, que les médicaments peuvent aider à apaiser / réguler des symptômes et des carences ou troubles chimiques ou neuronaux, qu'enfin différentes formes de thérapie, psy ou cognitive et comportementale, peuvent solutionner.

Je suis simplement très étonné qu'on puisse depuis un même endroit saper la psychanalyse en la « totalisant » comme instrument du pouvoir et de normalisation, mais aller en toute confiance vers des « expert·es » nous assurant que tout se résume à une source biologique : en quoi est-ce qu'accorder une espèce de foi aveugle en un discours scientiste / expertiste / pseudo-médical aux financements parfois douteux représente une alternative satisfaisante ?

Quand je dis ça, j'ai quelque chose de précis en tête, qui me parait cependant tout à fait représentatif de la dérive systémique qui nous pend au nez: l'organisme « FondaMental», qui ne cherche rien de moins que d'ouvrir à la concurrence le domaine de la santé mentale, et se suppléer à la médecine et aux asso publiques. Financée par de fortuné·es philanthropes tel·les que Bouygues le touche-à-tout ou Dassault l'industriel (fleuron français de l'armement) - franchement les gars, payez simplement vos impôts à la proportionnelle, ça financera l'hôpital public et les aides sociales -, la fondation pour le bien-être de votre santé mentale, dont le projet fut démocratiquement conduit aux portes du gouvernement par sa vice-présidente, alors députée UMP (ex-LR) sous le mandat de Sarkozy (sacré cocktail,

hein ?), vous propose dans ses « centres experts » un accueil dans un confortable fauteuil, un QCM à remplir, une petite batterie de tests assistés par neuroscience, un profil clinique délivré dans la foulée à transmettre à votre psychiatre ou médecin généraliste, et roulez-jeunesse.

Le soin du futur, ou son contrôle ?

Vous me direz peut-être « Ouais bon, rien de nouveau sous le soleil, les partenariats public-privé ça fait belle lurette qu'on en voit dans le soin, et tant mieux si l'on met du flouz dans la recherche et que des gens en souffrance peuvent être plus rapidement pris·es en charge et se sentir mieux, non ? ». Certes. Le problème, c'est que non contente de creuser son sillon au sein de l'hôpital public, ou d'y apporter un complément, FondaMental a pour ambition de se substituer aux thérapies, et de remplacer la psychiatrie publique. Et sérieux, quand on voit le background de la fondation, qui a envie de leur confier ses données ou son sort biologiques et psychiques ?

Sur le site de la fondation, à l'imagerie hyper-scientiste, type blouse blanche-labo (on y voit par exemple un·e scientifique concentré·e sur son microscope - grahou quand on sait que la fondation investit dans la recherche des gènes responsables de la schizophrénie ou de l'autisme), s'égrainent la liste de ses champs d'investigation scientifique et de ses centres-experts, le tout présenté via un vocabulaire tout aussi résolument scientifique : on y parle par exemple de « Psychiatrie de précision » (comme la chirurgie ? Tiens tiens, c'est pas comme ça qu'on vendait la lobotomie à l'époque ?), on y promet que «Notre histoire est celle d'une accélération vers une médecine personnalisée et prédictive».
Peut-être que ça parle à certaines personnes. Que ça les rassure que la recherche en psychiatrie soit mise sur le même plan que celle en cancérologie.
De sentir que leur mal-être, leurs troubles sont pris au sérieux, et que de même que la lutte contre le cancer avance, et qu'il est de plus en plus possible d'en guérir, FondaMental porte un espoir similaire dans le champ de la santé mentale. Je ne juge aucunement cela. Mais perso, l'imaginaire, les outils et le vocabulaire déployés me foutent les jetons. J'isole un extrait de la citation précédente : « une accélération vers une médecine personnalisée et prédictive ». Wah.
Bienvenue dans Schizophrenia Report. Alors déjà, « prédictive », au secours, je détaille en note les craintes associées à l'oeuvre de Philip K. Dick, mais aussi, ce terme-là, qu'on remarque moins a priori, qui m'apparaît tout aussi inquiétant : l'accélération vers une médecine blablabla. Il se trouve que ça me fait tout de suite penser à la philosophie accélérationniste des géants de la tech tels que Musk (pas besoin de le présenter), Peter Thiel (cofondateur avec Elon de PayPal, et lui aussi très bon pote de Trump), Sam Altman (cofondateur - toujours avec… Musky, ehoui, décidément - d'Open AI, la startup qui a lancé Chat GPT), etc. Figurez-vous que ces gars ne sont pas climatosceptiques. Cette joyeuse bande de multimilliardaires a tout à fait conscience que si l'on continue comme ça avec des technologies qui ne peuvent se développer qu'au détriment de la nature, du vivant, le monde va péter. Mais dans leur vision, c'est précisément POUR ÇA qu'il faut aller ENCORE PLUS VITE (l'accélérationnisme, donc), pour amasser le plus de blé avant de s'enterrer avec les bros dans des abris antiatomiques, ou à l'instar de la Team Rocket s'envoler vers d'autres cieux si Elon parvient à mener à bien son projet de colonisation de la planète Mars (tandis que nous on ndansera le MIA au milieu des gravats).
Voilà ce que me semble représenter Fon-



daMental. Si vous trouvez que je vais trop loin, je vous invite à pousser vos recherches sur la fondation, les mécénats privés qui la financent, leurs accointances politiques, ainsi que sur le courant accélérationniste.
Et tandis que l'Etat donne son aval en même temps que sa thune à FondaMental, le financement des CMP est drastiquement diminué, et l'ARS retire son habilitation à la clinique de La Borde, menaçant de facto l'existence de ce haut lieu de soin où c'est bel et bien la psychanalyse critique qui est privilégiée depuis sa création en 1953.

Le danger d'embrasser la pathologisation dans une ère de fascisation

Dans ce contexte, la quête de diag, de confirmation de la pathologie m'inquiète d'autant plus lorsqu'elle vient de personnes appartenant à des minorités qui ont pu, au cours de l'histoire, subir les dérives de ce type de catégorisation. Je pense notamment, parce que j'en suis, aux personnes queer. D'autres avant nous se sont quand même battu·es pour qu'on ne nous considère PLUS comme des « malades mentalaux » (oh tiens, c'est presque joli ça, malades menthe-à-l'eau). Et ce combat est toujours d'actualité pour certain·es d'entre nous, tout près comme loin d'ici.
Dans *Un monde sans fous ?*, un documentaire que je recommande chaudement signé Philippe Borrel, un psychiatre déplore que nous soyons passé·es de la recension de 8 à 11 pathologies psychiatriques au début du XX^{ème} siècle, à plus de 400 troubles recensés dans la dernière version du DSM (et encore, le docu date de 2010, on a peut-être dépassé la barre des 1000 asstheure…) : disons que le DSM est connu pour tirer davantage vers le catalogue de comportements à « redresser » que du manuel de soin communautaire… et je vous jure, qu'on soit queer ou taré·e menthalo, ou autrement minorisé·e, je sais la fatigue, je sais la violence. Je sais le besoin de réponse, de repos, de réconfort.
Mais pensez-vous que tout cela puisse se trouver en participant malgré nous à un « neurofichage », dans une ère technologique et politique qui tend les bras à l'extrême-droite ? Déjà que dans une société de centre-droit-néolibéral-de-plus-en-plus-à-droite-qui-pave-la-route-à-l'extrême-droite, c'est pas folichon, vous imaginez si on finit avec l'ED au pouvoir? On sait ce qu'encourent les « déviant·es» sous un régime fasciste.

Alors quoi ?

Bien sûr, une telle problématique se pose également avec l'institution psychiatrique « classique », et celle-ci s'y est déjà livrée à coeur joie avant même qu'apparaissent les neurosciences ou les centres experts. Je souligne d'ailleurs que la lecture de *Mon vrai nom est Elisabeth,* d'Adèle Yon, critique en règle de l'institution psychiatrique en France tout au long du XX^{ème} siècle, sans complaisance envers ses fondements et ressorts patriarcaux, homo/transphobes, racistes, validistes et classistes, n'a fait que consolider mes positionnements « anti-biologistes » dans le traitement de la souffrance psychique.
Mais il me semble que le développement de FondaMental, comme l'adhésion unanime aux neurosciences en guise de traitement miraculeux des troubles psy, nous fait entrer dans autre chose encore.

Je ne prétends pas non plus détenir LA solution. Mais j'aime bien l'appel de Renate Lorenz, artiste et militante queer, à «rejeter la recrudescence des catégorisations et des pathologisations ». À préférer l'exubérance et la fierté des singularités aux politiques de représentation ou de reconnaissance. Peut-être qu'on pourrait lancer une campagne de luttes contre le financement et l'aval par l'état des centres experts de FondaMental, qui ne peuvent se faire qu'au détriment de conditions de soin et de travail dignes dans l'hôpital public, ou de l'accueil dans les orga associatives.
Peut-être qu'on devrait lutter becs et ongles contre la privatisation du soin, et pour réhabiliter et s'approprier des pratiques qui, bien qu'imparfaites, n'imposent pas de nous figer dans un profil clinique ou de subir un coup de scalpel dans le cerveau. Peut-être qu'on peut encore changer tout ça, concerné·es, allié·es et soignant·es à l'écoute et impliqué·es. Et comme dirait Magic 3P : « Rien n'est jamais figé ».

Alex Carac



MARGOT MICHEL

« Ne serait-il pas plus sain d'être fous ? »

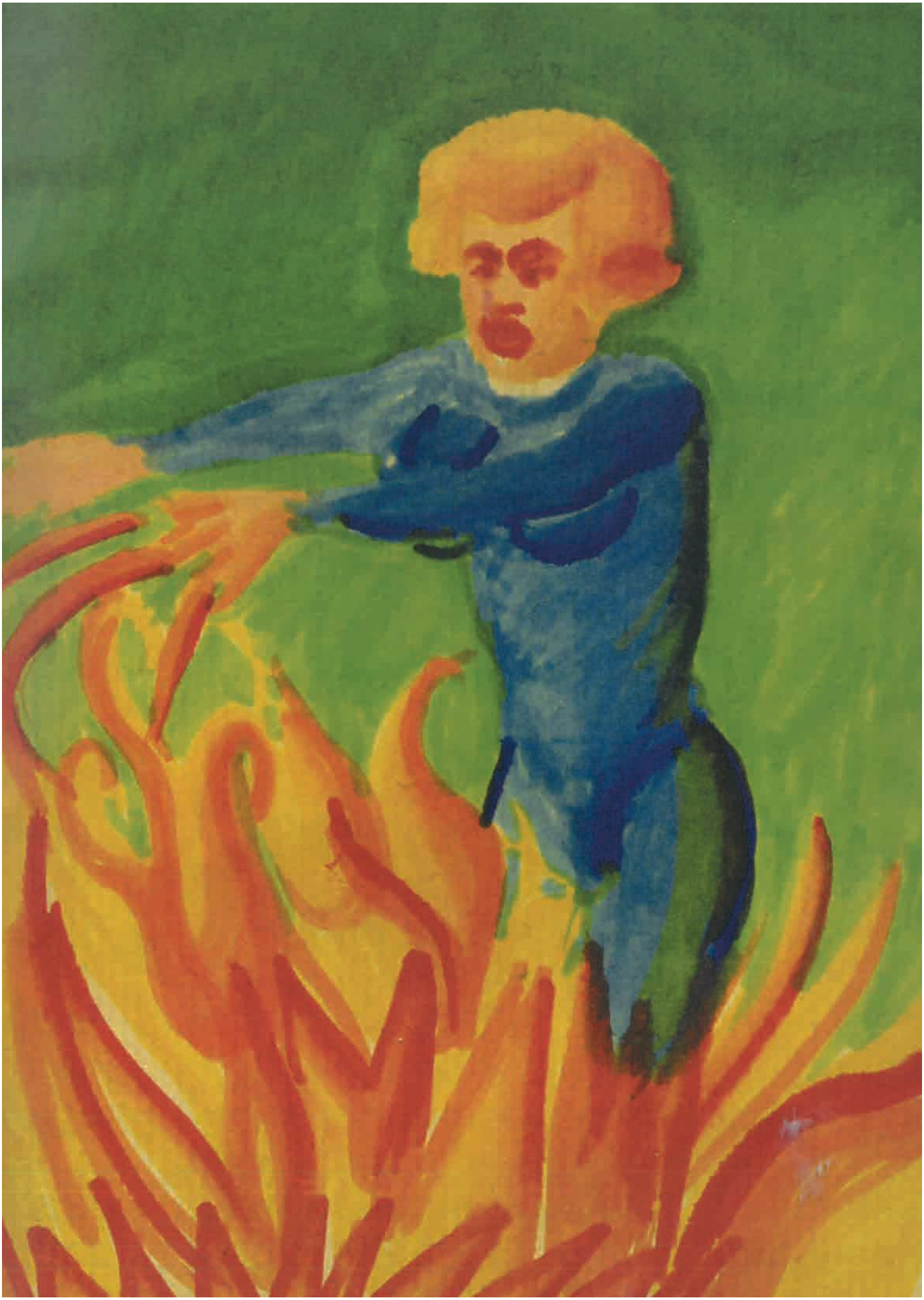
Même si des liens directs ne sont pas toujours établis, de nombreuses recherches suggèrent que notre environnement et notre santé mentale ont un lien très étroit.
Le milieu dans lequel on vit, la pollution, la consommation de stupéfiants, les expériences traumatisantes, ou encore notre exposition au stress... tous ces éléments ont une influence sur le développement de troubles psychiques.
Mon exemple ne contredit pas ces études.
Je n'ai pas été particulièrement surprise de mon diagnostic de bipolarité.
Je coche pas mal de cases.
Ça a commencé in-utéro pour ma part. Et si on en croit certaines recherches, mes gènes ont également pu subir des traumatismes intergénérationnels.
Alors oui okay, j'suis bipolaire. J'ai fait un strike.

Mais quand j'me dis qu'il n'est pas nécessaire de cocher autant de cases pour développer un trouble psy, j'suis presque étonnée qu'on soit pas plus nombreux à être concernés.
Puis avec du recul, je réalise que la liste des concernés est déjà très conséquente et qu'elle tend à s'allonger.
La santé mentale étouffe, les services sont à l'agonie, les patients ne sont pas pris en charge correctement.
Mes quelques passages en psychiatrie peuvent en témoigner.
Comment cette liste pourrait-elle se réduire quand tout dans notre monde nous pousse à perdre la raison ?
Comment tolérer que des dirigeants déconnectés jouent l'avenir de notre planète, de nos sociétés, de nos emplois ou encore de notre santé en quelques contrats juteux pour des enjeux de pouvoir et de domination ?

Ils prônent l'union et le patriotisme pour leurs guerres et l'individualisme pour nos vies.
On nous vend du développement personnel pour apprendre respirer en pleine conscience un air profondément toxique au lieu de nous permettre de lutter collectivement pour produire un air plus sain pour tous·tes.

Aujourd'hui dans ce monde fêlé, on s'inquiète tout juste de la santé mentale d'un Trump ou d'un Poutine mais c'est nous qu'on enferme.
Peut-être que ce qu'ils appellent notre folie, nos maladies, c'est en fait de la résistance.
C'est une lutte du corps et de l'esprit contre l'aliénation. C'est un refus d'être asservi aux règles de ce qu'ils estiment être la norme acceptable.
Une norme établie pour nous maintenir productifs et rentables pour le système.
Mais il reste à se demander si dans leur course effrénée à la croissance, tout est réellement utile pour l'intérêt commun.
Peut-être que s'ils pensent que nos troubles nous envoient droit dans le mur, il s'agirait de foncer tous ensemble dedans pour qu'il s'écroule, pour pouvoir ainsi reconstruire les fondations de l'humanité.

Eloïse MASSARDI
Pair-aidante en santé mentale



Patrick Lombe, l'Auber.ge floue

SEXISME, VIOLENCE MASCULINE ET PATHOLOGISATION EN PSYCHIATRIE



WOMEN AND MADNESS

Séjour en clinique psychiatrique, Yonne, 2026. J'entends des bruits de chaises en plastique en fumant ma clope, ça valse dans tous les sens. Je me retourne et je le vois foutre un poing dans le mur. Ce type, j'ai relationné avec lui quelques jours avant qu'on en arrive à ça. Après avoir obtenu ce qu'il voulait de moi, il refuse de me parler, me croise et me jette des regards noirs dans les couloirs. Je m'efface, je m'éteins, j'angoisse.

S'il tape dans un mur, c'est qu'une de nos connaissances communes est allée le confronter pour lui demander pourquoi donc il ne me disait même plus bonjour. Sa réaction, c' était ça. Les hommes violents peuplent les institutions psychiatriques, des psychiatres détenteurs du sacro-saint diag du DSM, aux usagers répliquant les gestes violents dans ses grilles. Ils sont amplifiés et la proximité nous en rend tous·tes témoins.

Pour autant, ils sont acceptés voire pathologisés. La psychiatrie est le catalyseur des violences de genre dans la société et celles-ci sont exacerbées dans l'hôpital ou la clinique psychiatrique.

On y retrouve les mêmes pions, dans un espace confiné, où nous sommes les un·es sur les autres, à l'affût de mouvements pour égayer un quotidien un peu trop triste. Du voyeurisme. De trop nombreuses fois, des usagers se sont confiés à moi dans des hospit comme pour vivre par procuration leurs liens avec le corps soignant.

C'est-à-dire et c'est là une autre violence, que les hommes exercent des méthodes où les personnes minorisées sont vues comme des pions malléables : on va pouvoir parler des heures, faire du trauma dumping, sans jamais retourner les questions, se demander si la personne en face est apte à recevoir ce type d'informations. On impose sa violence à des corps fragilisés, on leur donne une charge, une responsabilité à ce qu'ils puissent se rétablir plus vite via l'écoute imposée : un poids. Psychiatres, usagers, quelle différence ? Tous exercent un pouvoir coercitif sur nos vécus. La violence des médecins psychiatres légitimise la violence des usagers. Je l'ai bien vu avec A., à la clinique depuis 3 mois à l'époque où j'y étais, son médecin est débordé par ses comportements.

Elle me rapporte que celui-ci lui trouve une personnalité histrionique et une certaine théâtralité, des dégaines inadaptées au contexte de soin. Cette pensée du psychiatre est immédiatement reprise par les patients, qui dans une violence sans nom, la traiteront de folle, ignoreront sa parole voire, pire, la feront taire d'une manière ou d'une autre.

Ce que je veux dire par là, c'est que A. ou moi, on essaie d'aller mieux, de se soigner. On croit un tant soit peu que la clinique peut être un lieu de repos et de rétablissement. Mais, les mêmes violences sont rejouées de manière amplifiée façon microcosme colonie de vacances. Loft story. Ici, je proposerai de voir comment l'hôpital psychiatrique est une société dans la société, de quelle manière on pathologise la violence des hommes au sein de ces institutions, de quelle manière cette violence est excusée.

De quelle manière pouvons-nous nous battre pour refuser d'expliquer cette violence ? Comment l'on individualise le social, et dans quelle double-peine nous nous retrouvons, dans des catégories enfermantes où l'on nous demande à la fois de la fermer et d'écouter. Quelles sont les alternatives ?
Pourtant, les rendez-vous psy sont pour les personnes minorisées, des sources d'angoisse, où nos paroles ne sont pas légitimisées, et que l'on nous renvoie toujours à l'exagération. Je renvoie sur ce sujet à l'ouvrage de Pauline Chanu, *Sortir de la maison hantée. Comment l'hystérie continue d'enfermer les femmes.*

Foucault nommait les hystériques les véritables militantes de l'antipsychiatrie, des décennies avant ses premières apparitions, ancrées dans un « phénomène de lutte ». On parle de sexisme institutionnel, où les personnes minorisées sont plus fréleur violence symbolique pour maintenir la dynamique néfaste de ces institutions. Dès lors, on se demande qui subit les violences patriarcales dans la société, et donc dans cette micro-société verticale qu'est l'institution psychiatrique qu'elle soit, je le précise, privée ou publique, où l'on retrouve les mêmes déclencheurs et les mêmes dynamiques. Le sexisme du corps médical et de ses pairs est prégnant en psychiatrie. Comment expliquer que l'on est face



quemment pathologisées pour leurs émotions quand les hommes sont pathologisés pour leurs actes violents. On enjoint les personnes minorisées à se soigner plus fortement, lorsque l'accès au soin nous est plus compliqué. On nous demande de nous responsabiliser, là où l'on « laisse passer » pour les hommes. La psychiatrie est une machine à excuser.

Les psychiatres, dans la majorité, sont des hommes, blancs, vieux, comme cette bible de DSM. Ils défendent, laissent passer voire acceptent les violences commises par les usagers des institutions et imposent un pouvoir des mots. Ils détiennent aussi le pouvoir de silencier les personnes minorisées, lorsque les hommes peuvent, doivent parler, et peuvent user de

à des médecins qui ressemblent à ces hommes violents ? Comment se valident-ils entre eux ? C'est ce que Foucault appelait la « Fonction-psy » qui englobe également l'individu aussi. Les violences des usagers seraient explicables, pourquoi ? Car elle est un produit de la socialisation patriarcale, donc acceptée dans la société. Ce seraient des hommes malades, là où en fait les violences sont accentuées, amplifiées.
Le pouvoir institutionnel est dans leurs mains. La violence est déresponsabilisée. Le SPK par exemple, pensait la maladie comme une énergie politique collective. Mais que se passe-t-il quand cette énergie se traduit par des violences contre d'autres usager·es?
La psychiatrie individualise des phénomènes sociaux. Elle veut tout expliquer et comprendre à travers des outils mis

en place depuis son invention. Pourquoi l'on pathologise la violence ? Par cette pathologisation on la légitime, au lieu de politiser la souffrance. Ce que j'ai remarqué lors de mes séjours en institutions psychiatriques, c'est cette volonté, presque cette obligation, à diagnostiquer la violence des hommes.
Pourquoi certains font le choix de la violence ?
La violence n'explique pas la violence. Ce qui en découle, c'est cette légitimité de la violence, qui prend toute la place, est acceptable. Là où la parole des personnes minorisées n'est pas écoutée, mène à la volonté de diagnostiquer la violence des hommes. On se réapproprie de manière populaire des savoirs utiles mais qui seront mis en œuvre contre nous. Je pense qu'il faut se méfier du gatekeeping du diag, résultant de la critique de l'autodiag qui vient par inversement légitimer la psychiatrie institutionnelle. On entre donc dans son langage. Ce langage de pouvoir pour nous faire taire est utilisé à la fois par les psychiatres et les patients. La violence masculine devient donc le seul langage autorisé, celui qui légitimise l'action et la pensée, et devient la jauge quand il faut penser la psychiatrie - et tout autre mouvement de l'âme.

La violence n'est pas un langage neutre mais un langage de pouvoir pour faire taire, faire reculer, créer une peur diffuse. On impose un rythme en produisant un effet de sidération ou de contrôle.
Il faut tenter d'expliquer les choses structurellement à notre tour :

trauma -> trouble individuel
La violence découlerait du trauma et l'expliquerait, la réduisant à une pathologie individuelle violence structurale -> symptômes
Elle ne serait que le symptôme d'un spectre plus large
domination -> anxiété



MAD BAD AND SAD

La domination masculine ne serait qu'un symptôme d'anxiété chez l'oppresseur.
La violence n'est pas seulement institutionnelle mais genrée. Il faut mettre en lumière cette asymétrie qui voudrait que l'on excuse la violence des hommes. On fait face à un double standard sexiste où la violence masculine est toujours excusée et pardonnée au sein de l'institution car défendue par le psychiatre.
Là où la vulnérabilité féminine, par exemple, est médicalisée avec la prédominance des troubles de la personnalité borderline surreprésentés chez les femmes en tant que diagnostic entraînant le diag et l'institutionnalisation. La violence est transformée : elle est un symptôme à traiter plutôt qu'un acte social à analyser.

Ainsi, les personnes minorisées subissent à la fois les violences de l'institution psychiatrique mais aussi les violences des hommes en leur sein. Quand nous subissons, leurs maladies sont pour eux expliquées par ce qu'ils font. La violence, le geste violent, ne peut pas être réduite à un acte, une volonté.
Cette violence c'est aussi une intimidation, une prise de pouvoir, une menace implicite.
On veut impressionner et par là réduire au silence les personnes minorisées. Ils prennent place, la masculinité est vécue ici comme une autorité par la peur. On aura beau se plaindre, demander de l'aide, souligner l'omniprésence de violences derrière les grilles, celles-ci seront toujours légitimées.

Contrairement à nos paroles, ressenties et validées comme illégitimes. Il faut alors ne pas tout réduire au geste, qui sorti de son contexte est défendable.
Le geste violent des hommes découle d'une pensée violente de neutralisation de la pensée des personnes minorisées, réduites à l'exagération. «Elle exagère», «elle en fait des tonnes« etc. En tous cas, c'est toujours nous qui rendons fous les personnes violentes. Ceci est le fruit d'une socialisation genrée des émotions et la parfaite placardisation de reproduction des pions dans le maillage médical. Nous serons toujours médicalisé·e·s lorsqu'eux, sont excusés.

Dans l'institution psychiatrique ce serait lié à une certaine liabilité des émotions, des sentiments, de l'enfermement, qui amène certains à disjoncter. Vers qui leur violence est orientée ?
Mais il ne faut pas l'expliquer à tout prix et garder en tête qu'un trouble psy est différent de la violence. C'est un processus très courant et médiatique qui renvoie les hommes à une pathologie quand il s'agit « juste » de violence.
Ils passent d'experts en experts, et leur violence est vue, nous y revenons, comme un symptôme à soigner. Donc, on se retrouve enfermés ensemble, quand c'est eux même qui sont souvent la source de nos souffrances. On fréquente, en milieu réduit, où la matrice spatio-temporelle est complètement fuckée, des hommes violents au quotidien. On les envoie dans des groupes de parole, où l'on doit supporter la leur et où la nôtre encore une fois est silencée.
A la clinique où j'étais, j'ai refusé de participer au groupe « Vie sexuelle et affective » déjà parce que l'on m'avait inscrite à mon encontre, et parce que je refuse de parler de consentement (thème principal du groupe) avec des vieux manos. Le mec que j'ai fréquenté (mentionné au début de l'article), qui tapait dans les murs au lieu de me dire bonjour, quand je parlais de lui avec d'autres usagères, elles avaient ce truc systématique de le diagnostiquer. « Ah mais il doit être bipolaire ». Bon, déjà, faut qu'on arrête de foutre des diagnostic à tort et à travers mais par-dessus ça on explique sa connerie et sa violence par quelque chose dont, nombreuses, on souffre et on patie.

C'est une sorte d'auto-effacement, où l'on met en valeur la douleur et la souffrance de l'autre, quand pour soi c'est simplement une fatalité. Peut-on parler d'oxymore lorsque l'on aborde les symptômes des hommes violents ? N'y a-t-il pas un effet domino entre se faire soigner par des vieux croûtons et la violence acceptée des hommes dans les lieux de soin ? Il faudrait arrêter de diagnostiquer les hommes - je veux dire par là, sans parler de psychiatres, qu'entre femmes, nous cessions d'exercer un diagnostic (comme l'on s'auto-diag) pour eux. Par là, on porte une trop grande importance pour chercher encore une fois à les comprendre et à expliquer leurs comportements. N'est-ce pas là que le sexisme se retourne contre nous et que nous l'internalisons ? C'est bien eux qui tapent dans les murs, qui utilisent la peur pour signifier leur incapacité à communiquer.
On cherche toujours à établir des liens de confiance avec eux, pour finalement être perpétuellement et systématiquement déçues. Ces liens affectifs sont détruits (existaient-ils vraiment ?) lorsqu'il est question de communiquer et de poser des mots sur les affects.
Tout ça rentre dans la logique de l'individualisation du social par l'institution psychiatrique, avec son fer de lance actuel : la « santé mentale ». La psychiatrie individualise des phénomènes sociaux et par là, nous avons une facilité à tomber dans la pathologisation individuelle. Les facteurs socio-genrés sont minimisés, et l'intimidation dans la clinique ou l'hôpital est perçue comme une simple régulation émotionnelle. Il faut, et c'est très important, en venir à une appréhension du systémique. Dans la santé mentale, on parle souvent d'empowerment, mais à titre individuel. Il faut à tout prix s'en libérer, et se libérer par là des logiques capitalistes de soin, pour en arriver à un empowerment collectif.



Sinon, celui-ci reste sexiste et genré. N'oublions pas, et nous y revenons encore, que cet empowerment individuel est voulu et diffusé, à la base, par ces médecins psychiatres blancs, vieux, hétéros dans un contexte particulier. Je peux plus entendre la phrase « je prends soin de ma santé mentale », car elle est violente et symbolise l'accès au soin privilégié, souligné par du temps et de l'argent. La véritable santé mentale, c'est une réalité collective, structurelle et genrée. Le problème ça peut être soi, mais que faire de la violence masculine, de la précarité, du racisme, de l'homophobie, de la transphobie, de la domination médicale ? On cherche à tout prix à expliquer la violence comme un symptôme individuel lorsqu'il faudrait l'analyser comme un fait sociétal. Bien souvent, les femmes enfermées sont souvent amenées à jouer au psychologue, fait paradoxal quand on ne veut pas les écouter mais qu'il faut bien qu'elles écoutent. Alors, on se demande pourquoi il a fait ça ?

D'où ça vient ? Comment l'expliquer ? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter une telle violence ? La violence se retourne contre nous. Sans parler de cette charge mentale avec laquelle on doit absolument éteindre, comprendre, et rendre gérable la violence des autres usagers. La violence est donc modulée selon la situation et la banalisation des comportements contrôlants. L'empowerment ne deviendrait-il pas un outil d'adaptation à un monde violent plutôt qu'un outil de transformation de ce monde ?



WHY DOES HE DO THAT

On parle donc de double, voire triple peine pour les personnes minorisées. Nous sommes des variables d'ajustement dans l'institution psychiatrique. Comment recevons-nous cette violence comme une double (triple?) peine ? Celle d'être malades, psychiatrisées, pour peut-être échapper à cette violence et à la fois se la prendre en pleine face dans des moments très vulnérables de rétablissement : l'hospitalisation ? On cherche à tout prix à expliquer pourquoi il a fait ça ? Alors que l'institution psychiatrique neutralise cette violence.

C'est une réduction de la violence à une pathologie les mettant dans les mêmes sacs à patate que nous, et décridibilisant notre vécu et nos expériences folles. Moi, j'aurais tendance à dire que ces types ne font pas partie de notre communauté folle. D'ailleurs, Foucault le disait : « la manière insidieuse pour les fous de poser la question de la vérité par rapport à un pouvoir psychiatrique qui voulait leur imposer seulement la réalité ». Nous, personnes minorisées, nous posons la question de la vérité lorsque les hommes acceptent la vérité. Ce sont les déchets d'une société patriarcale. Il faut rappeler qu'une immense partie des femmes internées en psychiatrie ont subi des violences sexistes et sexuelles à l'extérieur. Comment ne pas se révolter quand l'on se retrouve au quotidien, dans un microcosme, enfermées avec ces mêmes hommes ? Comment se dépatouiller de ce pot-pourri ?

Ainsi, notre colère n'est, encore une fois, pas légitime, encore plus derrière les grilles de l'hosto que dans les rues ou les maisons.

Mais la politique gestionnaire des institutions psychiatriques de la France empêche une partition du soin, et impose une mixité. Les féministes ont proposé un soin qui reconnaît le sexisme comme facteur de détresse. Cela implique de séparer dans le soin. Une certaine partition et un espace sécurisant seraient synonymes d'un parler libre. Les violences passées pourraient y être abordées sereinement et en toute connaissance de cause de la part des usager·e·s. On pourrait également créer du partage d'expériences sans craindre des intimidations ou des dominations masculines.

C'est ainsi qu'il serait possible d'envisager une reconstruction du rapport de confiance au groupe. La mixité choisie permet de mettre la socialisation masculine et ses effets en retrait du groupe pendant le temps du soin. C'est donc une condition du rétablissement. Quelles sont donc les solutions ? Est-ce que ces lieux sont possibles et/ou existent dans un contexte de la France à Macron aux politiques sur la santé désastreuses, et son parent pauvre : la psychiatrie. A l'époque du rendement dans les cliniques privées. On nous souffle à l'oreillette l'excellent exemple de la Maison Ste Marie en Lozère, qui est un lieu de soin en addictologie, en post-cure, en mixité choisie entre femmes. Là-bas, pas de psychiatre. Il faut se soigner sans les hommes, loin de leur DSM, loin de la charge mentale induite par leurs violences. Juste loin. Loin d'un système médical qui nous broie.

Nous exigeons des droits pour être protégé·e·s :

POLITISATION DE LA SOUFFRANCE
CRITIQUE INSTITUTIONNELLE
CONTESTATION DE L'AUTORITE MEDICALE

Stop aux diagnostics enfermants, au contrôle des émotions, au tri entre bonnes et mauvaises, à la normalisation de leur violence.

Texte de Delphine Praud-Bodere
Illustrations :
oeuvres de Louise Rocard



FAIRPSY



Le collectif marseillais FairPsy, créé en septembre 2025, regroupe des professionnels du droit, social et medico social autour de la défense des usager·es de la psychiatrie.
Le collectif s'est construit autour de très nombreuses sollicitations adressées aux avocats et aux juristes, face aux excès et des abus vus ou vécus. A une période d'inquiétude pour les droits des usager·es, où les recours à des prises en charge violentes continuent d'exister, connaître et défendre nos droits élémentaires est vital.
Soin'Soin a rencontré deux membres du collectif.

Soin'Soin : Vous pouvez nous présenter votre collectif ?

FP : FairPsy est une association à vocation nationale œuvrant à la défense de la dignité et des droits et libertés fondamentaux des personnes faisant l'objet de restriction de liberté dans le cadre d'un suivi par un service sanitaire, médico-social et social. Même si pour l'instant on est assez centré sur les restrictions de liberté en psychiatrie l'idée c'est d'élargir à terme à toutes les personnes psychiatrisées ou étiquetées « psychiatrie ».
On a défini un objet social très large, parce que le panel de discriminations et d'atteinte aux droits est très large.
Nos objectifs sont les suivants :
objectif d'information : auprès du grand public, des personnes concernées et des acteurs qui interviennent dans ces champs objectif de recours collectif : au lieu d'être sur du soutien individuel l'idée est de voir comment on peut faire des recours groupés ou plus structurels pour changer les règles du jeu ; et objectif d'accompagnement et de soutien individuel (à savoir du conseil soit carrément des procès concernant une personne) qu'on ne peut pas commencer tout de suite

Soin'Soin : Vous prévoyez de faire du plaidoyer ?

FP : Carrément ! Et puis on va même commencer par ça parce qu'on a pas les moyens de faire du conseil juridique individuel, on peut orienter mais on ne rajoute pas d'offre supplémentaire on va dire. L'idée c'est plutôt de se réunir et pouvoir penser ensemble des recours contre l'état, des établissements... Contre n'importe quelle personne morale, quand on voit que le même problème se répète dans la même institution.

Soin'Soin : Donc c'est moins fait pour les usagers qui ont des soucis que pour les professionel·le·s ?

FP : Déjà on peut expliquer qui est dans cette association : c'est pas un collectif d'avocats. Il y a plutôt des gens sensibles à différents titres à la question de la discrimination et des injustices, donc effectivement il y a 4 avocats, un psychiatre, notre présidente est proche-aidante, psychologues et infirmiers, des méditeurs pairs. On vient tous et toutes à titre individuel. On est tous à double casquette : citoyen et autre chose. L'idée est de mettre à contribution nos compétences et de faire entendre avec un peu plus de pouvoir les discriminations et les injustices liées à la privation de liberté en psychiatrie. Et en plus, on est minoritaires dans chacun de nos domaines. La plupart des avocats ne connaissent rien à la santé mentale. Et quand ils interviennent commis d'office à l'hôpital, ils ont les mêmes représentations que beaucoup de gens, c'est à dire hyper stigmatisantes, soit sur le versant de personnes dangereuses, soit incapables soit les deux. L'idée de cette association est aussi de travailler sur les représentations, y compris dans le monde du droit.

FP : Pour l'instant on se forme entre nous, on a chacun des expertises et des savoirs différents ; par exemple la semaine

dernière on a eu une formation aux directives anticipées par un médiateur pair parce que les avocats ne connaissent pas, une prochaine fois ce sera les enjeux spécifiques précarité-santé mentale, puis ça va être une proche aidante qui va nous raconter son parcours du combattant pour essayer de soutenir un proche...

Soin'Soin : Est-ce que le collectif à une philosophie particulière, une idéologie qui vous réunit ?

FP : On essaie de construire une culture commune à partir de notre position idéologique qui est que l'institution psychiatrique ça va pas, et en même temps on a les pieds dedans donc... On est d'accord sur le fait d'imaginer des recours collectifs, d'imaginer des priorités sur le respect des droits, de se former entre nous et de diffuser des informations et de la culture en lien avec les droits en psychiatrie. Quand on a commencé à réfléchir ensemble, on s'est tous dit : mais en fait on veut détruire la psychiatrie ! On a tous une vision assez radicale au sens que l'institution produit de la discrimination. Le problème c'est le système de soin psychiatrique dans le public comme dans le privé. On pense à du soutien individuel, de l'information, des recours individuels et collectifs pour instaurer un rapport de force avec les institutions, et pas que la psychiatrie mais aussi l'état, la CAF, l'ASE. L'idée c'est de changer la règle de jeu à un niveau plus systémique et d'aller jusqu'à des modifications législatives et structurelles.

Soin'Soin : Mais comment vous imaginez les recours collectifs ? Est-ce que ça veut dire que les usagers doivent se fédérer en amont ?

FP : Pas forcément. L'asso elle-même peut faire un recours puisque ça rentre dans son objet social qui est très large. Il faut repérer plusieurs personnes qui ont des identités de causes ; en tant qu'avocats on est déja hyper sollicités et toutes les personnes qui sont dans l'association sont en lien avec des personnes concernées qui ont des problèmes de droits. Concrètement, on a déjà un réseau d'entraide au profit des personnes qui en ont besoin. L'idée n'est pas d'attaquer des individus mais plutôt d'attaquer le fonctionnement des services. Par exemple, les préfets qui lèvent très difficilement les mesures de soin contraint alors que les médecins le souhaitent, les demandes de levée ou d'allègement de tutelle…

Soin'Soin : De manière générale, qu'est-ce qu'il se passe quand un·e usager·e subit une injustice ?

FP: Ça dépend déjà de quel est son réseau à lui, de qui l'écoute et s'il est plus ou moins isolé socialement. On le sait très bien, les seuls prédicteurs qu'on retrouve sur la question de la souffrance psychique c'est l'exclusion sociale. Donc l'exclusion ça va évidemment avec le réseau social qu'on a, et à quel point ce réseau social nous permet de récupérer quelque chose et d'en faire du pouvoir d'agir. Plus on est exclu de ce qui se passe autour de nous, plus on est en souffrance psychique. Et on se retrouve avec une accumulation des discriminations : sur la gestion du choix de ton argent, de là où tu vis, de tes ressources, l'expertise sur ta capacité de travailler… A la fin t'as plus de choix sur rien quoi, et c'est associé à un statut social, qui est celui d'être pauvre.
C'est à la fois une hyper précarisation socio-économique, sous tutelle, avec un soin contraint, donc tu étends le curseur au maximum quoi et puis de l'autre coté tu vas avoir une personne usagère d'un service, notamment dans le privé qui va avoi run médecin traitant et un psychiatre qu'il a choisi, qui n'es pas sous tutelle, qui a fait des études, qui a le soutien de sa famille, on est sur ces deux poles

Soin'Soin : Comment est-ce que les concerné·es peuvent accéder à des informations sur leurs droits ?

FP : Idéalement, on aimerait faire du soutien individuel avec un gros pôle information. Une hotline par exemple. L'entrée c'est : « vous vous sentez discriminé, vous pensez qu'on ne respecte pas vos droits, vous ne connaissez pas vos droits et vous pensez qu'on vous discrimine parce que vous avez l'étiquette « psy » : appelez ce numéro, vous aurez des personnes compétentes au bout ». Soit les droits sur les restrictions de liberté, soit les droits créance, soit les ressources locales. Parce que les droits tout seuls ça marche pas. Ca ne suffit pas de connaître ses droits, il faut aussi savoir comment agir, notamment localement et dans des ressources alternatives : travailleurs pairs, associations, GEM, équipes mobiles… Même les professionnels en fait ne connaissent pas les droits dont les personnes disposent et ils ne le respectent pas. Il faut dire les choses un peu de manière idéologique et politique, il y a des services qui a minima ne connaissent pas les droits des personnes, ou encore qui les connaissent mais pour eux c'est théoriques et ils ne les appliquent pas, ou ils ne créent pas les conditions parce qu'il n'y a pas le temps, il n'y a pas d'argent. Mais je suis désolée, c'est comme si on manquait de policier et qu'on se permettait de dire aux personnes : « ah ben désolée, on va devoir vous garder 49h au lieu de 48 », ce n'est pas possible.

Soin'Soin : Du coup, vous vous adressez aux usager·es, aux proches, aux professionnel·les ?

FP : A toute personne qui se sentirait concernée en tant que pro ou perso. L'idée est surtout de toujours rester vigilant à tous ces petits écarts entre la loi et la pratique que nous on constate une fois, deux fois, trois fois, on a parfois l'impression que c'est exceptionnel mais de fait sur l'année ça s'est passé 100 fois, donc au bout d'un moment il faut interroger le fonctionnement

Soin'Soin : Et les défenseurs des droits ?

FP : Ils ont peu investi cette question moi je trouve sur la psychiatrie.

SoinSoin : Et les syndicats ?

FP : C'est un énième centre de pouvoir, bassin electoral, une autre mafia en tout cas dans mone xpérience
FP : À l'époque où il était question de valoriser le métier de travailleur pair, ça a été perçu au début par les syndicats infirmiers comme une concurrence mal venue et ça a été une guerre pas possible. Du coup, d'expérience les syndicats n'ont pas été des alliés pour améliorer la qualité des soins.

FEMMAGE : Charlotte Puiseux (1986-2026)



« Il n'y a pas de mots assez forts pour exprimer notre tristesse face au choc d'avoir perdu brutalement notre camarade Charlotte Puiseux.
Charlotte a rejoint Les Ourses à plumes (média féministe) dès sa fondation en 2014.
Charlotte était une amie pour certain-e-s d'entre nous, une camarade pour tou-te-s, une personne d'une grande bienveillance, à l'écoute, drôle, généreuse, pédagogue, déterminée.

Militante féministe et antivalidiste aguerrie, également à 8 Mars pour TouTEs et aux Dévalideuses, Charlotte était une experte inestimable sur les questions de validisme. Pour les Ourses, elle a écrit notamment sur la maternité et la sexualité des femmes handies, et sur les méthodes d'auto-organisation (*independent living*) et de militantisme antivalidiste.

Elle a été à l'avant-garde pour faire connaître en France la notion de *crip*, qui traite de l'intersection entre handicap et *queer*. Elle cherchait à faire émerger une pluralité de voix handies et antivalidistes.
Sa pensée fine et ses analyses sont toujours très précieuses.

Nous rappelons ses travaux publiés :
- *Le Dictionnaire Crip*, 2020
- *De chair et de fer : vivre et lutter dans une société validiste*, la Découverte, 2022
- avec Chiara Kahn, *Plutôt vivre : comprendre le validisme et valoriser une culture crip*, le Cavalier bleu éditions, coll. « Convergences », 2025
- Camille Regache (dir.), *Bi.es*, Points, 2026
- *Le Handicap au prisme queer et crip*, Le Cavalier bleu, 2026

Nous publierons dans les prochaines semaines les deux derniers articles que Charlotte avait rédigés pour notre média, et nous poursuivrons son travail pour mettre en avant le militantisme antivalidiste ».

Les Ourses à plumes

Soin'Soin : L'idée est aussi de faire changer les choses au niveau du droit ?

FP : Oui. A FairPsy, on est radicaux au sens où on pense qu'il y a un vrai problème systémique mais on n'est pas dogmatique. On veut que les gens puissent décider pour eux même et qu'on puisse leur laisser le choix. L'idée est de tenir la double revendication d'être radical parce qu'il y a des abus massifs et gravissimes qui vont jusqu'à faire mourir les gens prématurément et en même temps on est pas dogmatiques parce qu'il y a des gens qui sont en dedans et en dehors du système de soin ; c'est observer le décalage qu'il y a entre ce qu'est le droit affiché et ce qu'on voit au quotidien, nous on veut combler ce décalage là.

FP : Soit tu changes le droit qui est mal fait, soit tu essaies d'appliquer celui qui est disponible et qui est bien fait. Si déja aujourd'hui,on respectait l'arsenal juridique existant sur les droits des patients, ce serait tellement différent !

Soin'Soin : C'est quoi vos premières actions concrètes ?

FP : Travailler à rendre opposable les directives anticipées en psychiatrie, tout ce qui est appui au consentement. Juridiquement il y a vraiment du sens, avec les mandats de protection future par exemple. On voudrait réfléchir avec les outils qui existent déja dans le droit. Avec plusieurs associations marseillaises, ça fait des années qu'on parle de faire un kit de défense en milieu psy que tu peux garder avec toi, dedans tu peux même avoir des lettres pré-rédigées détachables pour faire des signalements, des infos sur le droit de vote, le droit de pratiquer ta religion, le droit de choisir un avocat ou un médecin de ton choix… Le minimum serait que les gens connaissent leurs droits. Il y a des droits qui ne sont pas difficiles à exercer.

Point légal

Fausses idées recues

Je n'ai pas le droit de sortir de l'établissement

Si vous etes hospitalisé de votre plein gré, vous pouvez aller et venir comme il vous plait. Ca fait partie des droit les plus essentiels du citoyen. Par contre si vous etes dans une clinique privé, cette dernière peut vous exclure à tout moment, notemment pour être sorti sans avis favorable.

Je n'ai pas le droit de choisir mon établissement de soin

Choisir librement son médecin ou son établissement de soin fait partie des droits fondamentaux du patient : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (…) est un principe fondamental de la législation sanitaire », indique le Code de la santé publique.

Le ministère de la Santé a précisé en 1991 que la sectorisation a été mise en place « afin que le malade dispose toujours d'une prise en charge au plus près de son domicile », précisant qu'elle n'est pas « un argument pour refuser la prise en charge d'un malade situé dans le ressort d'un autre secteur ». Les patients hospitalisés en soins libres et en soins à la demande d'un tiers bénéficient ainsi du droit au libre choix. Les limites de l'exercice de ce droit concernent les personnes ayant été admises en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État et les personnes détenues.

Quand on est hospitalisé, on a pas le droit de contester son traitement.

Si vous êtes hospitalisé de manière volontaire, vous n'avez pas d'obligation de prendre un traitement chimique. Vous pouvez le refuser. Seul les hospitalisaitons sous contraintes vous obligeront à accepter le traitement.

Pour toute questions sur vos droits :
Santé droits infos : 01 53 62 40 30
Signaler une maltraitance : 3133
Le défenseur des droits : 09 69 39 00 00

Au moindre doute n'hesitez pas à les contacter !
Sinon envoyez-nous un mail à contact@soinsoin.fr

Critique littéraire :

Voici quelques livres écrits par des usasger·es qui sont passés entre nos mains et dont nous pensons qu'ils valent le détour :

Si je plonge



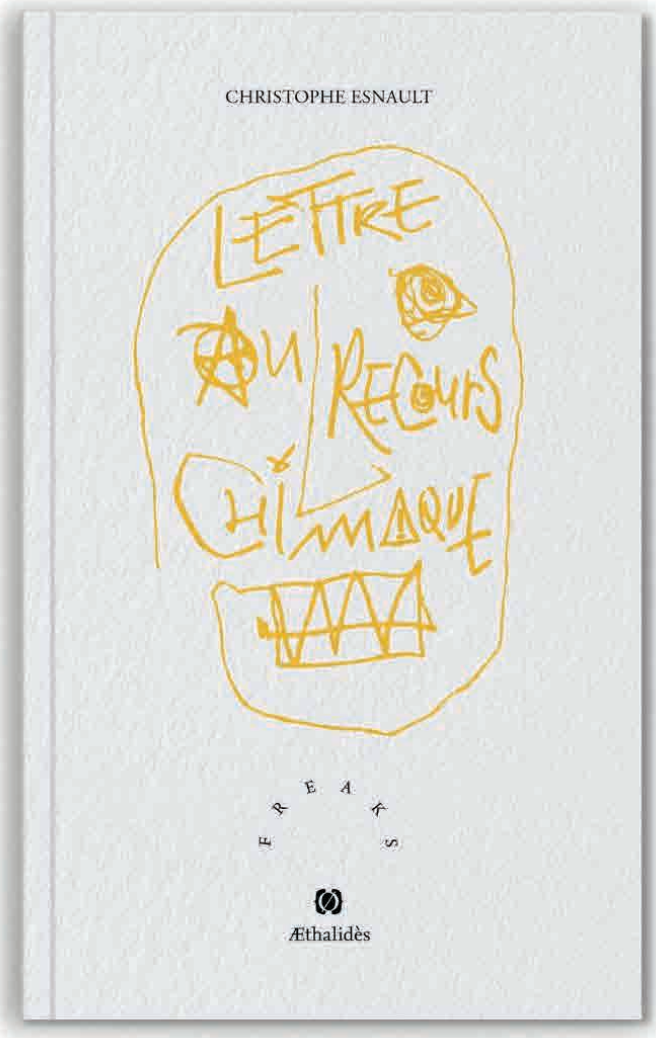
Claire réfléchit à son désir de revenir par l'écriture sur un moment de bascule : quelques années auparavant, elle a souffert de troubles psychiques qui ont bouleversé son quotidien. Mais son envie de raconter est empêchée par des mécanismes de résistance, pensées et sentiments ambivalents qui contraignent l'élaboration du récit. Elle se fraye patiemment un chemin entre les souvenirs non intégrés d'une mémoire traumatique - réminiscences d'un passé qui s'impose finalement davantage qu'elle ne le convoque - et la part en elle quis'applique à rester ancrée dans le présent et à imaginer la nature du texte qu'elle aspire à voir naître. L'autrice nous invite dans ce va-et-vient dont elle se fait l'observatrice, entre son projet de raconter son vécu et le constat de ce qui l'entrave. Un récit intime émerge peu à peu de cette plongée introspective et des différentes strates qui la composent. Et c'est ainsi qu'elle y parvient : elle retrace la traversée, le cheminement, et livre une matière personnelle, entre partage d'expérience autour des questions de santé mentale et réflexion sur le processus créatif.

Aux voix intérieures, faites d'une alternance de passages à la première et à la deuxième personne, s'ajoutent des images qui prennent parfois le relais de la narration (collages réalisés par l'autrice), et les extraits d'une correspondance amicale qui ouvre et guide au dehors le dialogue intérieur.

Comment répondre à la fois au besoin de se dire et à la crainte de se révéler ? Quel danger à se montrer dans sa vulnérabilité ? Que nous disent nos empêchements ? Qu'est-ce qu'implique l'engagement dans la création artistique, dans une société qui ne conçoit pas le travail en dehors de l'idée de rentabilité économique ? Voilà quelques-unes des questions que la narratrice se pose en tentant de décrire le vertige éprouvé à s'être sentie étrangère à elle-même. Derrière ces interrogations se tient celle de savoir comment prendre soin - de soi, des autres -, comment trouver l'équilibre entre besoins, désirs et limitations.

Cet ouvrage est la trace de cette recherche et d'une détermination à prendre soin. Il est aussi un témoignage : celui d'une personne ayant fait l'expérience de troubles de stress post-traumatique (TSPT). Les TSPT sont constitués d'un ensemble de symptômes ayant d'importants effets sur le plan cognitif ; il sont encore peu connus et souvent mal ou pas du tout diagnostiqués. La description détaillée qui est faite de ces symptômes tend à nous rendre accessible l'expérience de la dissociation traumatique et contribue ainsi à élargir la connaissance autour de ces troubles.

Si je plonge
Claire de Colombel
Sortie le 2 octobre 2026
Les Impressions Nouvelles
195 pages



Lettre au recours chimique
Christophe Esnault

Ce livre est le récit d'un écrivain dont le désir amoureux pour l'art n'a d'égal que l'intensité d'un combat qu'il mène depuis plus de quinze ans contre la dysphorie et l'angoisse, combat qui a pour adjuvant, mais aussi opposant, le soin psychiatrique et le recours chimique. C'est la relation complexe qui l'unit au soin psychiatrique que l'écrivain a décidé de relater, à sa manière, dans un récit qui frappe autant par sa poésie que par son authenticité. Avec l'héritage assumé d'Antonin Artaud et de Sarah Kane, l'écrivain revendique le face-à-face avec le psychiatre – ou le transfert négatif – et affirme que vivre est aujourd'hui, en soi-même, une pathologie. Loin d'être une attaque frontale et stérile contre l'industrie pharmaceutique et le pouvoir psychiatrique, ce récit explosif, inventif, sans pause ni ponctuation, toujours en mouvement, telle une pelote qui se déroule sans interruption, est une tentative de pensée salvatrice parce que toute en autodérision. Un récit qui se veut à la fois porte-parole des millions de consommateurs de neuroleptiques et appel aux psychiatres pour que leur institution assure le premier geste d'urgence : l'écoute.

Interprétation psychiatrique et poétique du Monde

Dans ce texte nous allons, une fois de plus, tenter de justifier nos différences comme profondément humaines et porteuses de sens. Pour la plupart des gens, nous sommes « bizarres», certes mais nous ne sommes pas insensés. Chaque aspect singulier de notre psyché est lié quelque chose, il y a toujours un « pourquoi du comment » nous agissons de telle ou telle façon.
Vient alors une idée : n'y a t il pas une forme de langage dans notre façon si originale, étrange de s'exprimer ?

Un air de famille

Un des premiers points communs, ou fonction commune entre la psychiatrie et la poésie, c'est que nous interprétons le monde. Et pas de manière innocente ou fausse.
Nos souffrances et différences ne nous éloignent pas du monde, mais plutôt nous en rapproche, en cela qu'elles offrent une vision subjective de sa nature. Un décalage psycho-poétique. Beaucoup de personnes hospitalisées portent en elles un regard sur le monde qui peut paraître décalé, mais qui est profondément juste et lucide.
Entre psychiatrie et poésie on avoisine les mêmes régions de l'esprit, on y éprouve les mêmes décalages. Comment ne pas voir quelque chose de poétique dans la manière un peu « folle » de traverser la vie ? Est-ce une complaisance, de dire ça ? Dans les deux cas, l'acte, le geste, disent quelque chose des normes étouffantes et de l'importance de traverser la vie en première personne. Nous ne supportons pas le monde comme il nous est proposé.
« Se balader à poil avec une fleur dans le cul » : acte de décompensation psychique ou acte poétique ? On voit bien qu'il y a un air de famille et qu'on touche ici, de proche en proche à un même décalage qui dit quelque chose des normes ambiantes étouffantes. Et uniquement deux types de personnes peuvent pratiquer cet acte, le poète et la personne en pleine décompensation psychique. Aucune autre personne que ces deux-là ne sera compris dans dans cet acte.
Tosquelles développe au cours de sa vie l'hypothèse selon laquelle « le discours d'un patient en psychothérapie ou en psychanalyse suit le même cours que celui d'un poète s'efforçant d'exprimer la réalité du monde ou sa propre vérité dans une œuvre accomplie. Dans les deux cas, même si la valeur esthétique n'est pas la même, il s'agit pour le sujet de travailler à la recherche de son identité et de sa singularité».
« La poésie enlève le superflu et l'inutile »
Il faut être lucide et avoir regardé en face le dérisoire de l'existence pour pouvoir poser une parole authentique, sans se mettre toujours dans les rails du «ça se fait pas », du « ça se dit pas ». M. confirme : « La poésie enlève le superflu et



l'inutile. Ah ! Enfin ! on parle de quelque chose d'intéressant ! »
Quand l'artiste Christophe Esnault écrit des lettres, sa *Lettre au recours chimique*, il se définit lui-même comme « presque poète », parce que « se prendre pour un poète, même avec les soutiens critiques, se dire poète, est ridicule, on doit bien amorcer une autodérision dans un monde où tout le

monde est poète ».
Pourtant, chacun de ses 25 livres publiés, est une manière de « sortir la tronçonneuse » quand on lui « parle de pathologie ». Cracher sur le regard qui pathologise, retrouver une liberté grâce à l'écriture c'est choisir soi-même l'étiquette qu'on veut se coller au dos. Tenir en respect le diagnostic et les mots extérieurs sur la maladie, pour pouvoir en trouver de plus justes, de plus vrais, au plus proche de ce qu'on traverse et ce qui nous traverse. C'est ça l'acte poétique.

Habitons le monde poétiquement.

Il semble donc pertinent de penser que dans une société néfaste et réduisant tellement le spectre des possibles que la décompensation psychique est l'expression de quelque chose qui nous habite, qui nous submerge. Pour nous autres il est important de ne pas attendre que cela soit la décompensation qui s'exprime et en cela s'affirmer en amont, reprendre confiance en nous, se déculpabiliser face au regard extérieur est vital. Que cela soit par nos modes de vie, nos activités, nos envies au quotidien.

« Les psychiatres cherchent à vouloir normaliser les gens, ça contribue à fiche en l'air un individu » Martial

Et pour y arriver, l'enjeu est de prendre conscience qu'on est légitime, que notre façon de penser est la seule façon de s'extraire de la bêtise du monde. « Si tu arrives à subir cette bêtise, alors tu peux vivre " normalement "», reprend M. « Mais si elle t'étouffe et t'empêche de vivre, il faut alors trouver des voies qui réouvrent les possibles. Combien de fois m'a t'on dit, « on ne peut pas faire ça! », « on ne peut pas dire ça » « et tout à coup, on se rend compte que c'est peut-être bizarre, en effet de penser comme on pense, mais c'est bien mieux ! »
L'exemple de Martial, chauffeur d'un trolley-bus imaginaire à Lausanne est en cela hautement symbolique. Un homme qui est fasciné par les trolleys et qui ne peut pas passer son permis à cause de sa condition de « malade » décide de conduire quand même un bus, mais invisible seulement représenté par un semblant d'habitacle de chauffeur. Il déambule, ou plutôt fait son travail de chauffeur, dessert les arrêts, contrôle les tickets des voyageurs tout autant imaginaires. Mais il n'est pas dupe le bougre et a bien compris qu'il n'était pas vraiment comme les autres, mais pour une fois la souffrance psychique n'a pas raison de la confiance de celui qui la porte et donc il n'hésite pas à s'affirmer. Il y trouve donc une forme de liberté et de façon de se défaire d'un monde trop dur, injuste. Nous devons faire comme lui et ne pas céder à ce chantage odieux qu'on voudrait nous imposer. On ne va pas troquer nos vies contre des médicaments.
Pourtant, suffit-il que la différence soit assumée pour que la vie devienne poétique ? Assumer une différence, un décalage, c'est déjà traverser l'existence en sortant des autoroutes de pensées et de comportements normés et stéréotypés. Mais il faut que le regard porté sur la différence la laisse librement s' « expériencier ». On se demande si un séjour de soins est le bon espace-temps pour laisser fleurir cette différence, lui chercher des manières d'expression justes et retrouver du jeu avec elle, si un séjour hospitalier peut être propice à cela. L'hôpital peut-il vraiment être hospitalier ? M. se souvient d'une artiste japonaise qui a décidé d'installer son atelier d'art dans une clinique psychiatrique ? Comment peut-elle être bien là-bas? Est-ce parce qu'elle est « folle » ? Non, peut-être que cette artiste japonaise trouve en clinique psy la même chose que ce qu'on trouve dans l'art : un lieu où on peut être, où on peut chercher, expérimenter et lancer son cri, un peu comme la chauve-souris lance son cri pour voir comment le monde résonne, et pour le façonner, sans avoir le regard pesant, jugeant sur soi et sur sa pratique singulière. La bienveillance du regard sur la différence, le fait même que cette différence intéresse et soit prise en compte change les choses : «des gens vont parfois en clinique psy parce qu'ils savent que c'est tout un programme introspectif à mener, une aventure de l'écoute de soi (on va s'amuser !). »
Alors on se dit qu'assumer la part de poésie en soi, c'est veiller sur cette force qui vient de ces visions décalées du monde. « Une fragilité née d'une sensibilité particulière, ça peut être aussi le point de départ de la création d'une «vraie arme» qu'on porte au quotidien » dit M. Qu'on soit hospitalisé ou pas, il s'agit d'arriver à embrasser sa différence, à lui faire confiance, parce qu'en elle réside une force révolutionnaire, capable de changer les conditions d'existence et de donner des formes nouvelles à la vie.
« Reste toujours une prochaine phrase. On est très indulgent avec ces phrases que l'on écrit. Notre liberté à nous, puérile, la seule, c'est de leur trouver une certaine tenue. Une certaine puissance. Regarde comme on est libre de se raconter une histoire rassurante. Et qui nous revigore. Ou nous rabougrit. Le corps tout entier. »
Christophe Esnault, *Lettre à la liberté.*



Mathieu Leonard
Maissa Fahla
Matthias Youchenko

Décons l'hôpital psychiatrique

Entrer dans un hôpital psychiatrique, c'est souvent éprouver le sentiment de franchir une frontière symbolique. À mesure que l'on pénètre dans l'institution, les repères ordinaires se déplacent : les rythmes du quotidien sont remplacés par ceux des traitements, les déplacements sont réglementés, les relations sociales obéissent à des règles particulières. Le temps semble s'écouler autrement. Pour les patient·es comme pour les soignant·es, l'hôpital constitue un monde à part, régi par sa propre logique.

Cette singularité conduit à l'envisager à travers la notion d'hétérotopie développée par Michel Foucault. L'hétérotopie désigne un espace réel mais séparé, un lieu qui entretient avec le reste de la société des rapports de miroir, d'inversion ou de mise à distance. À ce titre, l'hôpital psychiatrique apparaît comme une hétérotopie du contrôle et de la relégation. Bien qu'inscrit matériellement dans la ville, il demeure symboliquement à l'écart du monde commun. Les temporalités y sont altérées, soignants comme soignés évoluent dans un espace clos où les repères ordinaires se modifient profondément. Pour certains patients sous emprise médicamenteuse ou traversés par des expériences psychotiques, la distinction entre réel et imaginaire peut devenir instable. Sans que cette expérience soit comparable, les professionnels peuvent eux aussi être confrontés à des formes de souffrance liées aux conditions d'exercice de leur métier, notamment dans un contexte de précarisation et de tensions croissantes à l'hôpital public. L'institution psychiatrique se trouve au croisement d'exigences parfois difficiles à concilier, entre la volonté de soigner et la nécessité de contrôler, entre la protection des personnes vulnérables et les contraintes inhérentes à l'enfermement.

L'histoire de la psychiatrie révèle que le soin n'a pas toujours été pensé sous le signe de l'enfermement. Si certaines traditions, comme celle des bimaristans[1] du Moyen-Orient médiéval, privilégiaient une intégration des personnes souffrant de troubles psychotiques dans la cité, l'Europe moderne construit progressivement la folie comme une déviance à isoler[2]. De l'Hôpital Général aux asiles du XIXe siècle, l'exclusion devient le fondement de l'institution psychiatrique[3].

La catastrophe des hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation, où plus de quarante-cinq mille patients meurent de privations, mettra brutalement en lumière les limites et les violences de ce modèle[4] .

Pour de nombreux psychiatres, résistants et anciens internés, la proximité entre l'organisation asilaire et les logiques concentrationnaires devient impossible à ignorer.

C'est dans ce contexte qu'émerge la psychothérapie institutionnelle, portée notamment par Jean Oury, François Tosquelles ou encore Félix Guattari[5] .

[1] Shehadeh Kamal. Al-Bimaristan. «l'Hôpital», Revue d'histoire de la pharmacie, 84e année, n°312, 1996. 1 Actes du XXXIe Congrès International d'Histoire de la Pharmacie (Paris, 25-29 septembre 1995) pp. 219-223.

[2] FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976

[3] FAUVEL, Aude. « Pinel et les aliénistes : Aux origines de la psychiatrie ». *Histoire de la psychologie*, Paris. Éditions Sciences Humaines, 2012

[4] VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, « Les ''aliénés'' morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques 4 français sous l'Occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n°94, 2007, pp. 109-122.

[5] ROBCIS Camille, *Désaliénation: Politique de la psychiatrie. Tosquelles, Fanon, Guattari, Foucault,* Paris, Seuil, 2024



L'existant classique d'un centre hospitalier



Un projet imaginé en co-construction avec les usager·es

Cette approche repose sur une critique radicale de l'institution psychiatrique traditionnelle. Le soin ne peut exister dans un espace organisé autour de la domination et de l'immobilité ; il suppose au contraire la circulation, la parole et la participation active des patients à la vie collective. La liberté de mouvement, l'effacement partiel des hiérarchies et la mise en commun des responsabilités deviennent alors des principes thérapeutiques à part entière. L'architecture joue ici un rôle décisif : ouvrir des passages, multiplier les espaces intermédiaires, permettre les rencontres informelles, c'est déjà transformer le soin. Aujourd'hui pourtant, la psychiatrie publique française se trouve prise dans une contradiction profonde. D'un côté, les politiques néolibérales de rationalisation hospitalière entraînent fermetures de lits, pénurie de personnel et dégradation des conditions de soin. De l'autre, un tournant sécuritaire tend à réaffirmer l'association entre maladie mentale et dangerosité.

Chaque année, près de 95 000 personnes sont hospitalisées sans consentement en France[6].

Le recours à l'isolement et à la contention demeure massif, alors même que ces pratiques sont juridiquement définies comme exceptionnelles et limitées aux situations de dernier recours.

L'architecture a toujours accompagné et mis en pratique ce mouvement d'enfermement, par les murs et les systèmes de surveillance. Le panoptique de Bentham en est l'exemple le plus connu et continue encore aujourd'hui à servir d'exemple dans la construction de nombreux édifices de soins psychiatriques. Imaginé par Jeremy Bentham à la fin du XVIII^{ème} siècle, le principe est fondé sur la possibilité de surveiller en permanence sans être vu.

Michel Foucault en fera une figure emblématique des institutions disciplinaires modernes. Au-delà de la surveillance, cette conception produit une architecture où la circulation est organisée, contrôlée et rarement choisie. Dans les espaces psychiatriques classiques, les pavillons identiques entourés de chemins qui obligent à tourner en rond conduisent systématiquement à l'errance. L'errance devient alors l'unique modalité d'habiter son corps : se déplacer sans cesse, faute de se loger dans un espace impossible à s'approprier.

Dans ce contexte, la question architecturale devient éminemment politique. L'espace psychiatrique n'est jamais neutre: il organise des rapports de pouvoir, des possibilités de circulation, des formes de visibilité ou d'invisibilité. Une architecture de portes verrouillées, de couloirs aveugles et de chambres d'isolement produit un certain rapport au patient, fondé sur la surveillance et la maîtrise des comportements.

[6] BRONNER Luc, « Il y en a combien qui souffrent comme cela depuis des années ? » : enquête sur les 6 patients attachés dans les hôpitaux psychiatriques », *Le Monde,* 12 janvier 2025, modifié le 13 janvier 2025.



Les alentours habituels



Les alentours imaginés

À l'inverse, des espaces ouverts, traversants, reliés à l'extérieur et pensés à échelle humaine peuvent contribuer à restaurer des formes d'autonomie, de confiance et de dignité. Penser le soin psychiatrique implique donc de penser simultanément les structures sociales, les discours et les espaces matériels qui le rendent possible. La liberté n'est pas un supplément du soin: elle en constitue peut-être la condition première.
L'architecture n'est pas neutre, les espaces produisent ces comportements, les alimentent.
Le temps de la réflexion architecturale autour du soin devient primordiale,
Les projets doivent commencer ici, Dans le refus de l'asile. Dans le refus du couloir sans fin.
Dans le refus du soin sans vie.
Le temps des patients muets doit être aboli.
Les réflexions qui suivent ne constituent pas un projet architectural conçu depuis l'extérieur de l'institution psychiatrique. Elles sont issues d'une recherche menée pendant trois années auprès de patients, de soignants et de personnels travaillant dans des structures publiques, privées et associatives. À travers entretiens, observations et ateliers de réflexion collective, il s'agissait d'interroger les formes spatiales de la psychiatrie contemporaine et les effets qu'elles produisent sur les corps, les relations et les pratiques de soin.
Dans cette démarche, les personnes habituellement considérées comme simples usagers du système de soins deviennent des acteurs de la conception. Les propositions présentées ici s'apparentent à un « cadavre exquis » architectural : un assemblage de récits, de critiques, de désirs et d'expériences, élaboré collectivement. Elles dessinent l'hypothèse d'une transformation de l'hôpital psychiatrique en une forme d'« hospitalité permanente », où l'espace ne serait plus pensé comme un outil de contrôle mais comme un support d'autonomie, de rencontre et de liberté.

Lorsque les patients décrivent ce qui fait violence, on parle souvent des espaces où l'on est vu sans voir, les pièces où l'on ne peut pas s'isoler autrement qu'en étant enfermé, des matériaux qui rappellent l'hôpital plus que la vie, les longs couloirs, les pièces sans lumières naturelle, l'environnement aseptisé, l'impossibilité de choisir, et surtout, l'impossibilité d'agir.
Alors d'autres formes peuvent apparaitre à travers une architecture d'abord plus ouverte et moins contrôlante car la liberté est inhérente au soin.

Transformons l'entrée :

Dans les structures classiques, l'entrée filtre, trie, contrôle, elle marque une rupture nette. Les guichets sont froids, impersonnels et inaccessibles.
Dans des lieux pensés avec les patient·es, on imagine que le seuil devient un espace d'accueil réel, comme un point de ralliement. On y reste, on s'y installe, on

peut y parler, attendre, revenir. On s'autorise a laisser l'espace guider une nouvel forme « d'admission », on imagine que certains patients, qu'on appellera pensionnaires, se relaient pour accueillir les nouveaux, se présenter autour d'un café, puis leur faire visiter car finalement ce lieu, c'est eux qui l'arpentent tout les jours.

Transformons la circulation :

Le couloir comme colonne vertébrale unique ne permet qu'une gestion de flux, on traite les allers et venues comme de simple marchandises. Des flèches sur un plan.
À la place, imaginons des parcours multiples, la possibilité d'habiter les couloirs en les élargissant, en les meublant avec de grandes parois modulables. D'un côté, elles abriteraient des rangements, des banquettes, des étagères pour les usages propres à des salles d'activité, de l'autre côté, la paroi devient un seuil qui tient du domicile, un espace devant sa chambre. Pourquoi pas un paillasson ? un meuble à chaussure et un porte manteau ?

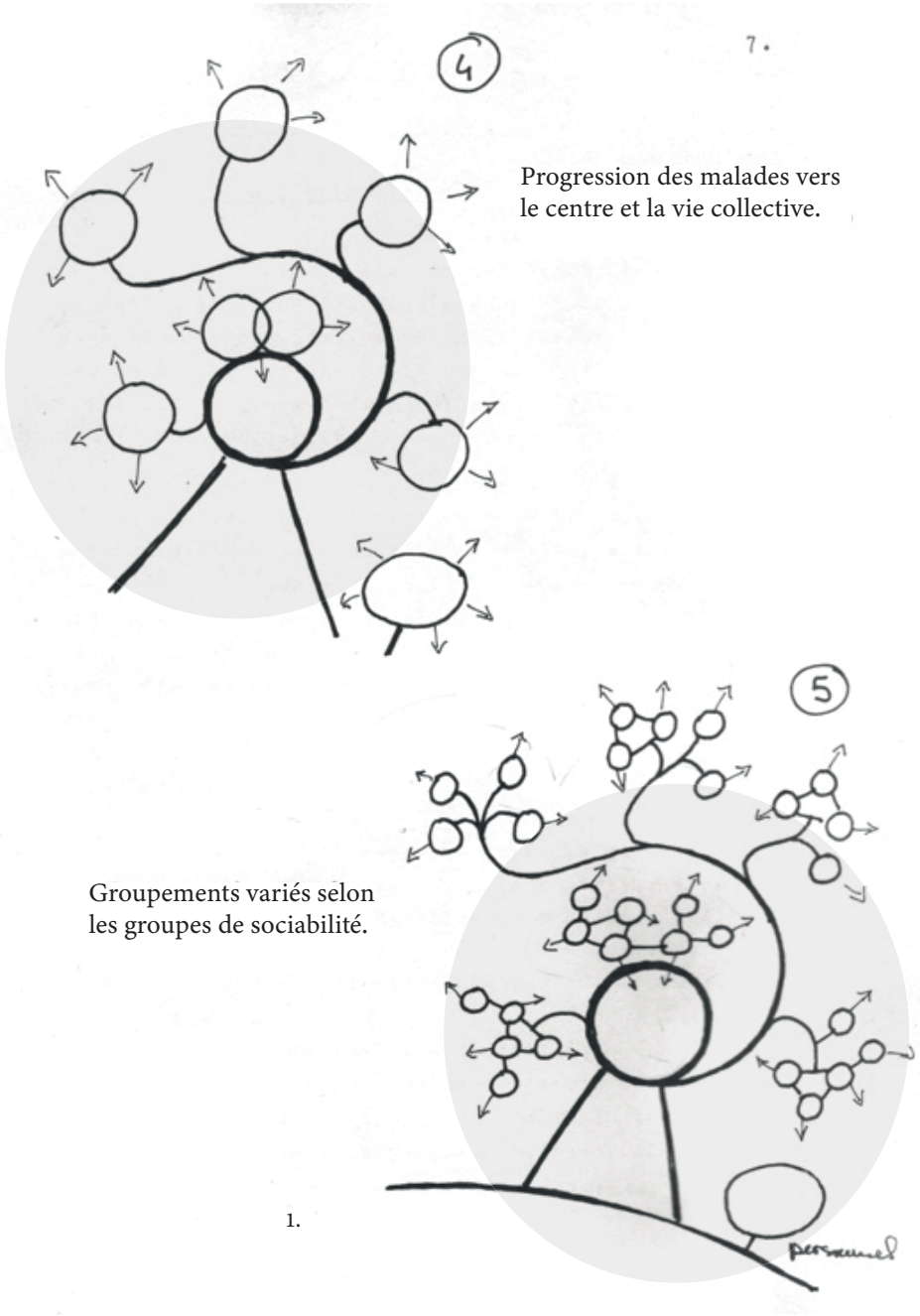
Transformons la chambre :

Standardisée, elle enferme. Surveillée, elle oppresse. Trop vide, elle angoisse. Lorsqu'elle est double, elle impose pour certains. Les patients décrivent autre besoin : des espaces ajustables, des degrés d'intimité, des micro-lieux pour se retirer sans disparaître. Et puis des choses simples, la possibilité de fermer un casier, d'écouter de la musique, d'avoir une fenêtre, un confort minimum, une dignité.

On imagine alors que les espaces proposent des chambres simples fonctionnelles, qui peuvent partager une salle de bain, cela permettrait d'optimiser l'espace tout en offrant l'intimité qu'énormément de patients réclament.
Pour certains le partage de la chambre est primordial, pallie l'isolement, initie la sociabilité, mais nécessite également une intimité, un meuble séparatif, d'épais rideaux, ou des parois modulables. La question réside alors dans la capacité de choisir, d'adapter l'espace grâce a la modularité qu'il propose.

Transformons les espaces communs :

Pour lutter contre le fait de tourner en rond, l'espace doit être à la fois libre et vaste, invitant à la déambulation sans jamais conduire à l'errance. Souvent réduits à des salles d'attente, les espaces communs ont le potentiel de devenir des lieux d'activité réelle : cuisiner, fabriquer, lire, réparer, jardiner. Le faire devient un support du soin. Le Club permet cela dans certaines structures : c'est une association des pensionnaires loi 1901, elle rend aux malades la propriété du produit de leur travail. Le point essentiel tient à l'idée de « tenant-lieu », le lieu est notre entour. Cela ne survient que si une dynamique est induite. Sans impulsion, l'espace architectural se réduit à un simple décor. Et à l'inverse, sans décor adapté, l'impulsion est impossible. Les espaces communs, s'ils sont incarnés, deviennent un sujet à part entière, en permettant la responsabilisation du patient, le lieux s'ouvre alors sur de nouveaux types de soins qui ne relève presque que de la relation social et du « faire »



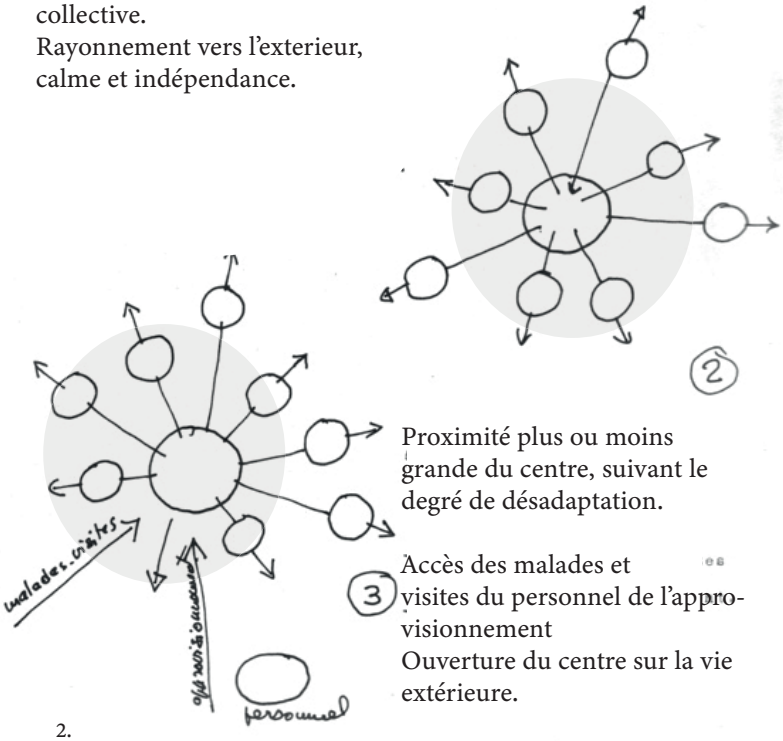
1 et 2. Schémas pour l'hopital «L'eau vive» à Soisy-sur-Seine, Nicole Sonolet, années 1960.

Transformons la place du soin lui-même :

Dans les modèles classiques, il est localisé, isolé, parfois inaccessible, souvent contraints Dans de nouvelles approches, il circule. Les rencontres sont possibles ailleurs que dans un bureau fermé. Les rôles sont moins figés. L'un des principes fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle, telle que pensée par Jean Oury, est de distinguer clairement le statut, le rôle et la fonction au sein de l'institution[7]. Le statut définit l'inscription administrative d'une personne, son rapport à l'État, à la formation, au diplôme : « médecin », « infirmier », « patient ». La fonction c'est réussir à questionner comment, avec le même statut, on va pouvoir incarner différentes missions, investir des espaces où on aura plusieurs fonctions, sans être dans les rappels aux statuts et à la hiérarchie : une fonction d'infirmier un jour, puis d'assistant, d'animateur, de cuisinier, de psychologue. Ces fonctions peuvent être différentes à chaque moment de la journée et restent essentielles dans toutes interactions humaines.
Ces fonctions peuvent s'appliquer à tous les domaines : la préparation du repas pour tous ou encore assurer l'accueil au Bureau de Coordination Médicale. On peut ainsi exercer une fonction d'accueil sans avoir le statut formel de « secrétaire médical ».
Il est possible de préparer des repas, gérer la lingerie, animer un atelier, quel que soit le statut[8]. Enfin, le rôle constitue le lien, le rôle que l'on va avoir avec l'autre, celui que l'on va prendre et celui que l'on va nous donner. Il est presque de l'ordre de l'imagination.
Les rôles ne sont plus figés : soignants, patients et personnel administratif collaborent dans une dynamique communautaire, sans signes distinctifs (ni blouses, ni chef de secteurs...). Les activités thérapeutiques incluent donc des ateliers artistiques, des groupes de parole, des activités culturelles et même la gestion quotidienne de la clinique.
Le soin n'est plus un moment, Il devient une relation continue[9].

Avec tous ces glissements vers une architecture plus inclusive et libre, un déplacement fondamental s'opère, on passe d'une architecture « pour » à une architecture « avec ». Cette architecture-là se distingue alors des modèles hérités toujours encrés dans une stigmatisation systémique. Dans ce nouveau monde rêvé et réalisable, l'architecte désacralise sa profession et travaille à promouvoir l'idée non pas d'une architecture pour les gens mais bien d'une architecture avec les gens.
C'est alors que l'architecte, comme médiateur et fédérateur, rend compte de la possibilité d'ériger en collectivité des villes entières à l'image d'une tolérance accrue de l'individu. Les espaces bâtis doivent encourager une ouverture à l'autre, tant physique que psychique.

Attirance vers le cente et la vie collective.
Rayonnement vers l'exterieur, calme et indépendance.



Proximité plus ou moins grande du centre, suivant le degré de désadaptation.

Accès des malades et visites du personnel de l'approvisionnement
Ouverture du centre sur la vie extérieure.

2.

Il convient de conclure que l'idée reste alors de tenir, une conviction forte qui pousse l'architecture comme une pratique politique, avec toutes les exigences que cela comporte. Puis d'entretenir ces espaces qui nous accueillent, c'est-à-dire redonner une valorisation aux travaux et aux métiers d'entretien, pour réhabiliter plutôt que démolir le bâti qui nous accompagne au quotidien. Enfin, il convient de maintenir, maintenir le cap, maintenir un regard sur le monde attentif et engagé, accepter la vulnérabilité d'une société qui évolue, et contribuer à trouver le moyen d'habiter un monde pourtant largement inhabitable.

Adèle Pariente

[7] OURY, Jean. *La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde*, Editions D'une, 2016 (réédition).

[8] NORGEU Anne-Marie, *La Borde : le château des chercheurs de sens, La vie quotidienne à la clinique psychiatrique de la Borde,* Eres, 2013.

[9] ROZIER, Emmanuelle, *La Clinique de La Borde ou les relations qui soignent*, Eres, 2014.

Pour en finir avec les chambres d'isolement..

.....Il faut s'y mettre à plusieurs

Depuis bientôt trois ans au Centre hospitalier Valvert, se tiennent des conversations rassemblant des personnes hospitalisées,des soignants, des proches aidants et toute autre personne se sentant concernée, pour penser le moindre usage, voire la suppression des chambres d'isolement. Pour mémoire, à sa création il y a 50 ans, le CH Valvert n'avait pas de chambre d'isolement, pas plusque de lien de contention. On n'y attache toujours pas les gens mais on compte aujourd'hui huit chambres d'isolement, soit deux par pavillons d'entrants et en 2023, 37% des patients hospitaliséssans leur consentement ont connu l'isolement. Cependant, avec l'usage actuel, l'hôpital pourrait fonctionner avec trois CI au lieu de huit, donc, c'est mieux mais il y a encore du boulot.



Image ténébreuse de l'époque asilaire et zone grise de notre nuit sécuritaire, ces maudites C.I (pour Chambre d'Isolement mais on entend souvent aussi Cellule d'Isolement) existent donc encore, plus problématique, elles sont la norme dans les HP français et l'Agence Régionale de la Santé se charge de rappeler, à la fois, la nécessité de réduire leur usage pour humaniser les soins et en même temps, l'obligation que chaque établissement en dispose sous peine de perdre son autorisation pour la mention « soin sans consentement »[1].

Alors que vos esprits frondeurs se demandent si un soin sans consentement peut être appelé un soin, rappelons-nous qu'en France, seuls les établissements publics sont agréés à recevoir des personnes hospitalisées sous contrainte et à enfermer des personnes souffrant de troubles psychiques aigus alors que les cliniques privées n'en n'ont pas le droit. En vérité, certaines cliniques voudraient bien mais ça serait la porte ouverte à autoriser des lieux d'enfermements dans des sites où l'occupation des lits et le taux d'hospitalisations est étroitement liée au profit financier. Rappelons-nous aussi que les hôpitaux publics sont tenus d'être « solidaires » entre eux en « accueillant » à l'isolement toute personne lorsque les CI de son établissement de référence sont occupées. Pour compléter le tableau hexagonal, rappelons-nous enfin que seuls 20% des personnes ayant à faire avec la psychiatrie sont hospitalisées et qu'on dénombrait en 2022 quelques 28000 mises à l'isolement.

Que peut donc faire un groupe de travail réunissant des personnes concernées et des soignant·es dans ce contexte ?
Eh bien penser, parler, et écouter, ce qui reste un remède central en santé mentale. Chaque mois, nous sommes donc une trentaine à travailler ces questions d'isolement, écoutant le trauma des un·es, les impasses des autres, poursuivis dans leurs rêves ou dans leurs insomnies par des sentiments mêlant la culpabilité au déni. On s'y demande éthiquement et pratiquement comment contenir dans la relation plutôt que contraindre matériellement, comment prévenir la crise, comment l'accompagner et la désamorcer à la force de nos humanités. On s'y demande comment ne pas être maltraitant ou maltraité[2] .
Si l'esprit général de ces rencontres est marqué par le désir d'en finir avec toute pratique coercitive, dont l'isolement, certaines voix d'usagers et de soignant·es viennent troubler le consensus en formulant le besoin des uns d'être isolés et la préférence des autres d'isoler plutôt que de foutre en 'air

[1] L' instruction N° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie stipule que les établissements recevant des patients hospitalisés sous contrainte (cas de tous établissement publics) sont dans l'obligation de disposer avant 2027 afin de pouvoir continuer leur activité en psychiatrie : au moins une chambre d'isolement et un espace d'apaisement.

[2] L' ensemble de ces questions sont mises au travail par un Comité de pilotage consacré au moindre recours aux pratiques coercitives, une démarche inscrite dans le projet d'établissement du CH Valvert et préconisée à l'échelle nationale. Une réflexion méthodologique est en cours, en son sein, pour élaborer un modèle des stratégies fondamentales destiné à limiter l'isolement. L'enjeu est de soutenir le travail clinique en définissant un cadre institutionnel commun pour penser autrement les situations susceptibles de conduire à des mesures restrictives de liberté. Cette démarche s'appuie sur des expériences reconnues, menées à l'international, qui ont ouvert des voies créatives de réduction des pratiques coercitives en psychiatrie.

un pavillon entier. Difficile à entendre, ces paroles nous parlent en creux des stratégies de survie des uns et des aveux d'incapacité des autres. Il n'y a peut-être pas besoin d'avoir fait l'expérience de l'isolement pour comprendre qu'il s'agit non seulement d'un échec thérapeutique à accueillir quelqu'un qui ne s'appartient temporairement pas, mais également une forme d'ultra violence institutionnelle engendrant des traumatismes tant du côté des enfermé·es, que des enfermant·es. Pour information, à l'enfermement est associée une sédation chevaline dont l'objet est de faire en sorte que l'isolement soit vécu d'une manière moins violente - contradiction s'il en est. Vous nous direz : comment peut-on imaginer se passer des chambres d'isolement si on ne sait pas prévenir et accueillir la crise en dehors de l'hôpital ? Et vous aurez sans doute raison. Tant qu'il n'y aura pas de lieux intermédiaires de soin mais aussi d'accueil en ville et en campagne permettant de trouver une présence et une écoute quand on sent que les choses nous échappent, tant qu'il n'y aura pas de systématisation des directives anticipées en cas de crise, tant qu'il n'y aura pas de formations à l'accueil de la crise dans tous les lieux publics et privés, celle-ci conduira irrémédiablement à l'hospitalisation sous contrainte et à l'enfermement.

L'ensemble de ces questions sont mises au travail par un Comité de pilotage consacré au moindre recours aux pratiques coercitives, une démarche inscrite dans le projet d'établissement du CH Valvert et préconisée à l'échelle nationale. Une réflexion méthodologique est en cours, en son sein, pour élaborer un modèle des stratégies fondamentales destiné à limiter l'isolement. L'enjeu est de soutenir le travail clinique en définissant un cadre institutionnel commun pour penser autrement les situations susceptibles de conduire à des mesures restrictives de liberté. Cette démarche s'appuie sur des expériences reconnues, menées à l'international, qui ont ouvert des voies créatives de réduction des pratiques coercitives en psychiatrie.

De la même manière qu'à l'hôpital, sans personnel nombreux et formé, sans espace d'apaisement ni dispositif d'accompagnement renforcé, on ne saura pas accueillir la crise sans enfermer. Et puis comme dirait l'autre : « tant qu'il y aura des chambres d'isolement, on s'en servira ! » Comme on pouvait lire en sous-titre de la dernière Mad Pride :

SI C'EST CONTRAINT
C'EST PAS DU SOIN !



Cela pose évidemment la question de l'impact contreproductif et délétère des pratiques violentes telles que la contention, l'isolement et autres surdosages médicamenteux dans des moments de hautes fragilités, mais également celle du terrain de rencontre ou dit autrement d'une « alliance thérapeutique ». Alors pour panser et repenser l'hôpital, nous échangeons depuis trois ans au départ de ce lieu aride qu'est la CI, pour élargir ensuite nos réflexions à tout une constellation de sujets touchant à la crise. La nuit, la dope, les premiers aidants, la notion de refuge, que faire quand la parole échoue ...

Si vous souhaitez apporter de l'eau au moulin, n'hésitez pas à rejoindre ce groupe de travail car pour en finir avec les chambres d'isolement, il faut s'y mettre à plusieurs et en démonter les murs.

Article coécrit en complicité avec Isabel Fernandez, MCF - Directrice du département de Psychologie Clinique LPCPP UR 3278 et Psychologue clinicienne à Valvert, Sophie Karavokyros, Documentaliste à Valvert et Référente du groupe de réflexion sur le moindre usage des chambres d'isolement, voire leur suppression, Dr Frédérique Lagier, Cheffe du pôle de Psychiatrie Générale au CH Valvert, Dr Stéphanie Toy-Riont, psychiatre au CH Valvert à Marseille, sur une proposition de Jean-Marc Lamoure, cinéaste intervenant.

Photogrammes extraits du film *Du monde aux portes* de Pilar Arcila et Jean- Marc Lamoure 69mn/16mm N&B-coul/2024 produit par Les films de l'œil sauvage et AB JOY Productions

Prochains rendez-vous du groupe de travail Patients/soignants sur le moindre recours voire la suppression des chambres d'isolement :

24 septembre 2026 : Présence contenante
29 octobre 2026: La nuit
26 novembre : l'ambiance
17 décembre 2026 : Bilan de l'année

Lieu : Salle des instances (Rdc du bâtiment administratif) de 14h30 à 16h00
Centre hospitalier Valvert 78 bd des Libérateurs 13011 Marseille



Dessin.
Holy Malendria.

Par
Yasmine Aïchi

Hugo étudiait pour devenir procureur.
Il savait argumenter, construire un dossier, démolir une défense. Il a appliqué ses compétences sur Leïla avant même d'avoir son diplôme.
Quinze pages Times New Roman taille douze pour prouver qu'elle avait tort. Qu'elle exagérait. Qu'elle cherchait l'attention. Hugo a détruit Leïla avec les mêmes outils qu'il allait utiliser pour envoyer des gens en prison. La différence c'est qu'en prison on a des droits. Leïla n'en avait aucun.
Le tribunal quotidien ne siège pas dans un palais de justice. Il siège partout. Dans les bureaux des ressources humaines qui regardent ton CV et disent non avant même l'entretien. Dans les banques qui te refusent une assurance vie de deux euros parce que trouble bipolaire égale risque. Dans les regards de tes amis qui disent « mais tu avais l'air d'aller bien » quand tu leur expliques que tu as essayé de mourir. Dans les messages de Marie-Myriam qui transforment ta demande de remboursement par précarité pour en faire une preuve d'égoïsme pathologique.
Le verdict est toujours le même: coupable. Coupable d'être malade. Coupable de cycler. Coupable d'avoir un cerveau qui compile pas. Coupable de ne pas guérir assez vite. Coupable de demander de l'aide. Coupable d'exister en dehors des normes neurotypiques. La sentence: exclusion. Du travail. Des amitiés. Des relations. De l'assurance vie.
De la possibilité même d'être considérée comme un être humain fiable.
Leïla va au bureau de La Banque Postale pour souscrire une assurance vie. Deux euros par mois. C'est rien. Elle remplit le formulaire. Question obligatoire: « Avez-vous un trouble psychiatrique diagnostiqué? » Leïla hésite. Elle pourrait mentir. Mais elle a appris à dire la vérité depuis peu. Elle coche oui. Elle tapote « psychose maniaco dépressive », s'ensuit une suite de questions plus douloureuse que la précédente. Refus immédiat. Les larmes au paupières. Pas de discussion. Pas d'évaluation individuelle. Pas de « voyons comment vous gérez votre maladie. » Juste: trouble bipolaire égale risque inacceptable égale pas d'assurance vie pour vous madame.
Le message est clair. Votre vie ne vaut pas deux euros par mois. Votre vie est trop volatile pour qu'on parie dessus. Vous

êtes déjà morte dans les statistiques.
Au travail Leïla cache. Elle cache la fatigue des cents milligrammes de quétiapine. Elle cache les absences dans les toilettes pour un anxio, quand elle cycle trop fort pour sortir du lit.
Elle cache parce qu'elle sait ce qui arrive si elle montre. On lui dira qu'elle n'a pas sa place ici. Que c'est trop de responsabilité pour quelqu'un de fragile. Que peut-être elle devrait chercher quelque chose de moins stressant.

Traduction: quelque chose
de moins important.
Traduction: quelque chose
pour les gens cassés.

Ses ex-amis disparaissent un par un. Pas d'annonce. Juste une distance qui grandit. Les invitations qui arrivent plus. Les messages qui restent sans réponse. Leïla comprend. Elle demande trop. Elle cycle trop. Elle est trop intense. Trop beaucoup.
Si un mot pouvait la résumé ça serait « Trop ». Pas assez stable pour être gardée dans le cercle. On la sort sans procès. Juste une exécution silencieuse de l'amitié.
Les neurotypiques disent: « Mais tu n'as qu'à te soigner. » Comme si Leïla ne se soignait pas. Six cents milligrammes de quétiapine. Tercian. Valium. Hospitalisation sous contrainte. Psychiatre. Thérapie. Elle fait tout ce qu'on lui dit de faire. Mais le cerveau reste cassé. Les médicaments baissent le volume. Ils ne réparent pas les fils coupés. On ne guérit pas d'un câblage défectueux. On apprend à vivre avec.
La radio était cassée depuis longtemps. Leïla ne s'en était pas rendue compte parce qu'elle marchait quand même, parlait quand même, allait au taff quand même. Une radio peut jouer de la musique même avec des fils coupés à l'intérieur, même si le grésillement lui bousillent sa perception. Il suffit que les bons circuits se touchent au bon moment. Leïla fonctionnait par accident. Par chance. Par coïncidence de neurotransmetteurs. Ça ne passe pas. Ça se gère. Parfois bien. Parfois très mal. Mais ça ne passe jamais complètement. Et surtout ça ne se dit pas.
Les neurotypiques disent: « Mais tu as l'air normal. » Oui. Leïla a appris à avoir l'air normal. C'est une compétence de survie. Sourire quand tu veux hurler. Répondre « ça va » quand on te demande comment tu vas alors que tu planifies ta mort. Participer aux réunions alors que ton cerveau joue du bruit blanc à cent décibels. C'est épuisant. C'est un travail à temps plein. Avoir l'air normal coûte toute l'énergie que Leïla possède. Et après on lui reproche de ne pas avoir assez d'énergie pour le reste.
Le tribunal quotidien a ses règles non écrites. Ne montre pas ta maladie. Mais ne la cache pas non plus sinon tu es une menteuse. Demande de l'aide. Mais pas trop souvent sinon tu es une charge. Explique tes symptômes.
Mais pas en détail sinon tu es trop intense. Prends tes médicaments. Mais ne nous dis pas que tu en prends sinon on va douter de ta fiabilité. Guéris. Mais ne prends pas trop de temps sinon on te remplace.
Marseille c'est le soleil et la violence. C'est Pablo 33 ans qu'elle a rencontré une seule fois, qui la harcèle le samedi soir pour dormir chez elle malgré douze refus.
C'est un autre homme de la piscine qui appelle en boucle. C'est des hommes partout qui voient une radio cassée et qui veulent mettre leurs doigts dans les circuits pour voir comment c'est fait dedans. Leïla dit oui parfois parce qu'elle est seule et désespérée de connexion. Puis elle dit non trop tard. Puis elle se déteste d'avoir dit oui.
La radio joue de la musique bizarre quand elle est cassée. Parfois c'est du rock à fond, parfois c'est du silence complet, parfois c'est du brluit blanc qui fait mal aux oreilles. Les médecins appellent ça « psychose maniaco-dépressive. » Leïla traduit: mon cerveau a un bouton volume qui ne marche plus. Soit tout à fond, soit rien du tout, jamais le bon niveau.
Un détecteur de fumée qui émet un bruit strident alors que Leila se lisse juste les cheveux.
Hugo le futur procureur savait ça. Il a utilisé le système contre Leïla. Quand elle essayait d'expliquer comment il l'avait blessée, il répondait avec des arguments construits comme des réquisitoires. Il renversait la charge de la preuve. C'est elle qui était instable. Elle qui exagérait. Elle qui ne comprenait pas. Lui il avait juste fait des erreurs de communication et des « Putain tu vois pas que t'aime et que fais pleins d'efforts pour toi ». Des malentendus. Rien de grave. Leila se demande si les autres filles demandent des efforts pour être aimée. Le jury imaginaire hochait la tête. Oui c'est vrai elle est bipolaire. On ne peut pas lui faire confiance. Ses émotions sont disproportionnées. Hugo est acquitté. Leïla est condamnée à porter seule le poids de ce qu'il a fait.
Le cerveau cassé fait des erreurs sans s'en rendre compte. C'est important que les neurotypiques comprennent ça. Quand Leïla envoie dix messages d'affilée parce qu'elle est en manie, ce n'est pas du harcèlement. C'est son cerveau qui tourne à mille tours par minute et qui croit que chaque pensée doit être partagée immédiatement. Quand elle ne répond pas pendant trois jours parce qu'elle est en dépression, ce n'est pas du mépris. C'est son cerveau qui a éteint toutes les fonctions non essentielles pour économiser l'énergie de survie. Quand elle surréagit à un commentaire anodin, ce n'est pas de la méchanceté. C'est son cerveau qui a appris que tout peut devenir une menace et qui active l'alarme maximale par précaution.
Les neurotypiques ont le luxe de faire

"Le message est clair.
Votre vie ne vaut pas deux euros par mois.
Votre vie est trop volatile pour qu'on parie dessus.
Vous etes deja morte dans les statistiques."

confiance à leur cerveau. Quand leur cerveau dit « tu es en danger, » ils sont probablement en danger. Quand leur cerveau dit « cette personne t'aime », cette personne les aime probablement. Quand leur cerveau dit « demain sera mieux, » demain sera probablement mieux. Le cerveau de Leïla ment tout le temps. Il dit « tu es en danger » alors qu'elle est juste dans un fauteuil avec un livre. Il dit « cette personne te déteste » alors que Jean lui apporte des Lucky Strike Red sans qu'elle demande. Il dit « demain sera pire » alors que demain elle ira peut-être mieux.

Vivre dans un cerveau qui ment c'est comme coder avec un compilateur défectueux. Tu écris une fonction correcte. Le compilateur te dit qu'il y a une erreur. Tu vérifies. Il n'y a pas d'erreur. Le compilateur insiste. Tu doutes. Tu réécris la fonction différemment. Le compilateur dit qu'il y a une autre erreur. Tu ne sais plus si le problème c'est ton code ou le compilateur. Tu finis par ne plus faire confiance à rien. Ni au compilateur. Ni à ton code. Ni à toi-même.



Juliette Valin

C'est ça que les neurotypiques ne comprennent pas. Ce n'est pas que Leïla choisit mal. C'est qu'elle ne peut pas faire confiance à son propre système de jugement.

Alors elle fait des erreurs. Elle s'attache trop vite. Elle croit des gens qui mentent. Elle doute des gens qui disent la vérité. Elle reste dans des situations toxiques parce que son détecteur de toxicité est cassé. Elle fuit des situations saines parce que son détecteur d'abandon s'affole, c'est plus simple de taper une, deux, trois traces de coke plutôt que du réfléchir. Ce ne sont pas des choix. Ce sont des bugs. Leila vends des fragments de sa vie pour des pacotilles qui la feront sortir normale juste une soirée. Pour essayer de toujours vivre dans la volupté, la passion, l'ardeur sinon c'est la mort.

Le tribunal quotidien ne veut pas entendre parler de bugs. Le tribunal quotidien veut des gens qui fonctionnent correctement ou qui disparaissent silencieusement.

Leïla a essayé de disparaître. Sur la départementale. Avec la javel et le vinaigre. Avec les médicaments pris en trop grande quantité. Chaque fois quelqu'un l'a rattrapée. Les pompiers. L'hôpital. Les six cents milligrammes qui endorment le désespoir juste assez pour que demain arrive.

Mais personne ne demande pourquoi elle essaie de disparaître. Personne ne fait le lien entre le refus d'assurance vie et la tentative de suicide. Entre le rejet au travail et l'effondrement. Entre les PDF de justification d'Hugo et la conviction que personne ne la croira jamais. Entre le « tu avais l'air d'aller bien » et la nécessité d'avoir l'air d'aller bien même quand on meurt à l'intérieur.

La psychophobie tue autant que la maladie. Peut-être plus. La maladie rend le cerveau instable. La psychophobie enlève tous les filets de sécurité. Pas de travail stable parce qu'on ne peut pas faire confiance aux malades mentaux. Pas d'assurance parce que les malades mentaux sont un risque. Peu d'amitié stable parce que les malades mentaux sont trop compliqués.

Leila a essayé d'être ami avec des gens qui n'ont jamais pensé à se buter, impossible c'est comme si ils avaient un système d'exploitation dernier cri et elle elle avait juste le dernier cri. Pas de crédibilité parce que les malades mentaux exagèrent toujours. Pas de droit à l'erreur parce que les erreurs des malades mentaux confirment qu'ils sont malades.

Les neurotypiques préféreraient que Leïla soit morte. Ils ne le disent pas comme ça. Ils disent « j'espère que tu vas mieux » mais ils veulent dire « j'espère que tu vas arrêter d'être visible. » Ils disent « prends soin de toi » mais ils veulent dire « prends soin de toi loin de moi. » Ils disent « je suis là si tu as besoin » mais ils veulent dire « je suis là pour les petits besoins pas pour les gros. » Une Leïla morte ne demande rien. Ne cycle pas. N'envoie pas de messages paniqués à trois heures du matin. Ne rate pas de réunions. N'a pas besoin d'accommodements. N'existe pas. C'est plus simple pour tout le monde. Sauf que Leïla refuse de disparaître. Malgré le tribunal quotidien. Malgré Hugo le procureur. Malgré La Banque Postale. Malgré Marie-Myriam. Mal-

gré tous ceux qui lui ont dit qu'elle n'avait pas sa place. Elle reste. Elle prend ses six cents milligrammes. Elle va aller à l'École quarante-deux. Elle écrit ses chapitres. Elle code sa sortie de l'enfer ligne par ligne.

Elle ne demande pas aux neurotypiques de comprendre. Comprendre c'est peut-être trop demander. Comprendre nécessiterait qu'ils vivent dans un cerveau cassé pendant une semaine. Qu'ils essaient de faire confiance à un système de jugement qui ment. Qu'ils gèrent une journée en épisode mixte avec l'énergie au maximum et l'envie de mourir au maximum simultanément. Qu'ils sentent leur cerveau compiler des pensées suicidaires en arrière-plan pendant qu'ils essaient de sourire à une réunion.

Non. Leïla ne demande pas de comprendre. Elle demande juste d'accepter. D'accepter que le cerveau cassé existe. Que ce n'est pas un choix. Que ce n'est pas une faiblesse morale. Que ce n'est pas de la manipulation. Que c'est un dysfonctionnement neurochimique réel qui cause des comportements réels que Leïla ne contrôle pas toujours.

Accepter que quand Leïla fait une erreur relationnelle ce n'est pas forcément de la malveillance. Que quand elle ne répond pas pendant trois jours ce n'est pas du mépris. Que quand elle surréagit ce n'est pas du drame. Que quand elle demande de l'aide ce n'est pas de la faiblesse. Mais pareil quand elle n'en demandé pas, fatiguée de supplier une miette d'empathie, elle encaisse. Que quand elle prend des médicaments qui la font trembler ce n'est pas du cinéma. Que quand elle va à l'hôpital ce n'est pas pour l'attention. Que quand elle dit qu'elle va mal ce n'est pas une exagération.

Juste accepter. C'est tout. Pas besoin d'être des experts en psychiatrie. Pas besoin de lire des manuels. Juste croire que le cerveau peut être cassé comme un bras peut être cassé. Et qu'on ne reproche pas à quelqu'un avec un bras cassé de ne pas réussir à porter des charges lourdes. On adapte. On aide. On accepte la limitation. Mais le tribunal quotidien refuse d'accepter. Parce qu'accepter voudrait dire reconnaître que la société est construite pour les cerveaux qui fonctionnent correctement. Que tous les systèmes - le travail, l'assurance, l'amitié, l'amour - présupposent un niveau de stabilité neurotypique. Et que quand tu ne peux pas fournir cette stabilité, tu es hors système. Tu es rejetée. Tu es condamnée. Pas officiellement. Pas avec un jugement écrit. Juste avec des portes qui se ferment. Des messages sans réponse. Des opportunités refusées. Des regards qui détournent.

Hugo est devenu procureur maintenant probablement. Il envoie des gens en prison. Il construit des dossiers. Il argumente. Il gagne des procès. Il a gagné son procès contre Leïla aussi. Il l'a convaincue qu'elle était le problème. Que ses réactions étaient disproportionnées. Que sa maladie la rendait incapable de voir la réalité correctement. Il a gagné sans même aller devant un juge. Juste en utilisant les outils du tribunal quotidien. La psychophobie ambiante. Le doute sur la parole des malades mentaux. L'idée que trouble bipolaire égale jugement compromis égale témoignage invalide.

Leïla est à l'hôpital maintenant. Onze heures vingt. Elle est en sécurité. Les murs sont blancs. Les infirmières passent toutes les heures. Les médicaments coulent dans son système et ralentissent les pensées qui tournaient trop vite. C'est calme. C'est protégé. C'est le seul endroit où elle n'a pas besoin d'avoir l'air normal. Où le tribunal quotidien ne siège pas. Où elle peut être une radio cassée sans qu'on lui demande de jouer de la musique mélodieuse.

Mais elle sortira dans quelques jours. Et le tribunal reprendra ses séances. Au travail. À la banque. Dans les regards. Dans les silences. Dans tous ces espaces où être cassée est un verdict de culpabilité automatique.

Alors elle écrit ce chapitre. Pour les neurotypiques qui jugent. Pour leur dire: vous ne savez pas. Vous pensez savoir. Vous pensez que si vous étiez malades vous géreriez mieux. Vous pensez que Leïla choisit ses erreurs. Vous pensez qu'elle pourrait guérir si elle essayait vraiment. Vous ne savez pas. Vous ne pouvez pas savoir. Votre cerveau fonctionne. Le sien ment.

Acceptez juste ça. Acceptez que certains cerveaux sont cassés. Que les comportements bizarres ne sont pas toujours des choix. Que demander de l'aide n'est pas de la faiblesse. Que prendre des médicaments n'est pas de la honte. Que l'hospitalisation n'est pas un échec. Que survivre avec un cerveau cassé est déjà une PUTAIN de victoire quotidienne.

Et arrêtez de préférer qu'on soit mortes. Dites-le si c'est ce que vous pensez. Au moins on saura. Au moins on ne perdra pas d'énergie à essayer d'avoir l'air normal pour des gens qui voudraient qu'on n'existe pas.

Leïla reste. Malgré le tribunal. Malgré les verdicts. Malgré Hugo. Malgré tout. Elle reste et elle code et elle écrit et elle respire. C'est son acte de résistance. Exister malgré le refus. Compiler malgré les bugs. Jouer de la musique, apprendre la basse, arrêter de boire m, malgré les fils coupés certes mais elle se met à la soudure dès aujourd'hui.

Le tribunal quotidien rendra son verdict demain. Et après-demain. Et tous les jours jusqu'à ce que quelque chose change. Jusqu'à ce que les neurotypiques comprennent que leurs jugements tuent. Que leur psychophobie est une violence. Que leur préférence pour qu'on disparaisse est un meurtre social.

Mais en attendant Leïla écrit. Elle témoigne. Elle met des mots sur ce que le tribunal refuse de voir. Et peut-être qu'un jour un neurotypique lira ça et comprendra. Ou au moins acceptera. Ou au moins arrêtera de juger pendant cinq minutes.

C'est tout ce qu'elle demande. Cinq minutes sans jugement. Cinq minutes où exister avec un cerveau cassé n'est pas un crime.

Le tribunal siège toujours. Mais Leïla plaide maintenant. Elle plaide pour elle. Pour toutes les radios cassées. Pour tous les cerveaux qui mentent. Pour tous ceux que le tribunal quotidien condamne à disparaître.

Elle plaide: non coupable de raison de maladie. Non coupable parce que les bugs ne sont pas des crimes. Non coupable parce que survivre ne devrait pas nécessiter une défense.

Non coupable. Juste malade. Juste cassée. Juste humaine quand même.

Le tribunal écoute peut-être. Ou peut-être pas. Mais Leïla a parlé. C'est déjà ça. C'est déjà énorme. C'est déjà une victoire dans l'enfer quotidien du jugement.

Onze heures vingt. Hôpital. Sécurité. Leïla respire. Le tribunal peut attendre. Aujourd'hui elle est protégée. Aujourd'hui elle a gagné le droit d'exister sans plaider.

Demain on verra. Demain le tribunal siégera à nouveau. Mais aujourd'hui Leïla repose. Aujourd'hui le verdict est: vivante. C'est assez.

C'est tout. C'est assez. C'est le plaidoyer.

Soin psychiatrique en milieu carceral



Aujourd'hui plus de 84 300 personnes sont en prison en france. Au-delà de la surpopulation, nombre de droits fondamentaux et inviolables sont bafoués tous les jours dans ces établissements, et ce malgré l'adhésion de la France à tous les traités existants contre les différentes formes de tortures. Violences, crimes, vols par les matons, décisions arbitraires. D'un point de vue psychiatrique, la France est un fervent acteur de la torture, laissant des séquelles permanentes aux victimes.
Comment est-ce que tout ça se passe ? Pourquoi retrouve t-on tant de personnes fragiles en prison ? Comment les soigne-t-on? Cette situation consternante nous impose de comprendre un peu mieux cette partie cachée de notre société.
Petits points sur les fonctionnements du système carcéral de notre hexagone.

Les causes d'une sur-representation

En premiere partie nous allons republier une partie d'un texte de Mme Brahmi, psychiaitre et contrôleure au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Cet article date de 2005 mais il est evident que rien n'a changé depuis, voire se sont même aggravé.
La seconde partie sera l'interview d'un infirmier psy travaillant aux Beaumettes à Marseille, décrivant les fonctionnements et dysfonctionnements du soin psychiatrique en prison.

« On peut évoquer quatre facteurs qui expliquent le nombre croissant de personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires français, alors qu'elles présentent de graves troubles psychiatriques : 1. le fonctionnement de la Justice ; 2. la pratique en matière d'expertise psychiatrique ; 3. les conditions d'incarcération ; 4. le fonctionnement actuel de la psychiatrie publique.

Le fonctionnement de la Justice.
De nombreuses personnes sont incarcérées à la suite d'un jugement en comparution immédiate. Chaque affaire jugée en comparution immédiate est le plus souvent traitée très rapidement ; or, les personnes souffrant de troubles mentaux ont souvent des difficultés pour s'exprimer. Il leur est difficile, notamment, d'évoquer le fait qu'ils font l'objet d'un suivi psychiatrique intensif, dans un contexte peu favorable à l'expression et encore moins à l'expression de la souffrance psychique. La procédure est très rapide : l'avocat est souvent désigné d'office et n'a pas la possibilité d'étudier complètement le dossier ; il peut parvenir à demander une expertise psychiatrique devant des troubles psychiatriques patents ; si celle-ci est acceptée, elle n'est pas suspensive, c'est-à-dire que la personne est quand même incarcérée en attente des conclusions de l'expertise psychiatrique. Il s'agit de peines relativement courtes, correspondant à des délits mineurs ; cependant, ces personnes effectueront leur peine, alors que leur état clinique et le délit en rapport avec celui-ci aurait nécessité des soins psychiatriques ambulatoires ou en hospitalisation plutôt qu'une incarcération. Les magistrats connaissent l'existence du dispositif de soins psychiatriques dans les prisons et prennent parfois la décision d'incarcérer la personne en raison de ces possibilités de soins en milieu pénitentiaire (et aussi parfois du fait des délais de prise en charge psychiatrique à l'extérieur... !).

Les pratiques en matière d'expertise psychiatrique.
Il s'agit ici d'un point crucial, puisqu'il concerne la possibilité pour une personne mise en examen d'être déclarée irresponsable pour les faits qui lui sont reprochés, en application des dispositions de l'article 122-1, 1er alinéa du Code pénal. Celui-ci dispose que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Concrètement, l'expertise psychiatrique est obligatoire en matière criminelle (faits relevant de la Cour d'Assises) et à la discrétion du magistrat instructeur pour les affaires relevant du Tribunal correctionnel ; on a vu plus haut le cas des comparutions immédiates. Lorsqu'un expert psychiatre est désigné par le magistrat en charge du dossier, il doit



Nombreux sont les collectifs qui s'insurgent contre les prisons et cette torture légiférée.

répondre à plusieurs questions concernant les anomalies mentales éventuellement présentées par le sujet, leur lien éventuel avec les faits commis, la possibilité pour le sujet d'être curable ou réadaptable, sa dangerosité potentielle et sa responsabilité pénale. Si l'expert se prononce en faveur de l'application de cet article 122-1, 1er alinéa du Code pénal, il l'indique dans le rapport remis au magistrat. Il s'agit, en France, d'un avis et non d'une décision qui s'impose à l'autorité judiciaire comme dans d'autres pays. L'autorité judiciaire (si elle ne demande pas de contre expertise) informe le Préfet de cette situation, et celui-ci prend un arrêté d'Hospitalisation d'Office. Il y a non-lieu pour l'affaire pénale. Concrètement, le sujet va faire l'objet de soins psychiatriques en Hospitalisation d'Office (HO) dans l'établissement hospitalier correspondant à son adresse, pour une durée non déterminée. La mesure d'HO ne pourra être levée qu'après avis concordant de deux psychiatres experts. On constate que la durée de ces HO est souvent très longue, notamment lorsque les faits commis avaient été vécus comme très graves.

De ce fait, un lit d'hospitalisation est bloqué de manière durable. A l'époque où les secteurs de psychiatrie disposaient d'un grand nombre de lits d'hospitalisation, le fait de soigner durant une longue période un patient « médico-légal » posait moins de problèmes qu'aujourd'hui, où le manque de lits est patent. Par ailleurs, les secteurs de psychiatrie acceptent difficilement de recevoir un patient potentiellement dangereux — puisque provenant du système judiciaire et pénitentiaire — dans une structure hospitalière considérablement allégée, dans le cadre de la modernisation et de l'humanisation de la psychiatrie publique.

L' on a vu apparaître dans certaines expertises une nouvelle analyse: le sujet mis en examen pour des faits criminels et présentant effectivement de graves troubles mentaux pourrait rester en prison, afin que cette analyse lui « redonne le sens moral » ou « lui permette de se resituer par rapport à la loi ». Une telle perspective montre la méconnaissance des experts concernant le milieu pénitentiaire et ses conditions de vie quotidienne pour un sujet malade mental ; à moins qu'on ne soit là devant l'habillage, par des motifs pseudo-théoriques, de considérations nettement plus pratiques. Au total, on constate que les psychiatres experts (qui sont le plus souvent des psychiatres hospitaliers) prononcent de moins en moins d'irresponsabilités pénales. Ils ne souhaitent pas mettre en difficulté leurs collègues en leur imposant ce type de patients dif-

ficiles.
Ils se prononcent pour le deuxième alinéa du même article 122-1, qui dispose que « la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou le contrôle de ses actes demeure punissable.
Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». En théorie, le sujet bénéficie donc d'une appréciation différenciée de son crime ou délit du fait de sa maladie mentale; or, pratiquement, on observe exactement le contraire: du fait de sa présentation ou du contenu de son discours, d'une attitude totalement liée aux symptômes de sa maladie, le schizophrène va impressionner défavorablement le jury de la Cour d'Assises; et la peine prononcée pourra être supérieure à celle demandée par l'avocat général. On peut donc dire que la juridiction tient compte de cette circonstance, mais dans le sens inverse! Par ailleurs, il n'existe pas aujourd'hui d'établissements pénitentiaires spécialisés pour ce type de condamnés.



Les conditions d'incarcération.
– Les conditions actuelles d'incarcération, l'allongement de la durée des peines, la diminution des aménagements de peine peuvent avoir aussi des effets sur l'état mental des personnes incarcérées. En effet, certaines personnes, peut-être déjà fragiles antérieurement à l'incarcération, peuvent ne pas supporter les conditions de la vie quotidienne en prison : surpopulation, promiscuité, absence d'hygiène, rupture des liens affectifs familiaux et conjugaux, déresponsabilisation, violences, rackets, attente du jugement puis du transfert en établissement pour peines... On observe ainsi des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur. Ces personnes peuvent faire un épisode psychotique unique ou, au contraire, refaire d'autres bouffées délirantes signant l'entrée dans la schizophrénie. Ces personnes ne seront pas déresponsabilisées (article 122-1, 1er alinéa du Code pénal), puisque les symptômes psychiatriques sont apparus à distance des faits reprochés et qu'ils ne sont pas reliés à eux. Ils auront donc à purger leur peine dans des conditions souvent inappropriées à leur état mental. Et l'on doit rappeler que ces conditions de vie en prison sont parfois à l'origine de tentatives de suicide ou de suicides.



La situation de la psychiatrie publique.
– La situation de la psychiatrie publique explique aussi pour partie l'augmentation du nombre de malades mentaux incarcérés. En effet, la politique de sectorisation, à partir des années 1960, avait mis en place un dispositif extrêmement performant, reposant notamment sur un travail important de prévention et la prise en charge des malades mentaux en ambulatoire pour éviter l'hospitalisation psychiatrique. Depuis quelques années, les secteurs de psychiatrie ont recentré leur activité sur les consultations, du fait de l'augmentation constante des demandes de soins, souvent au détriment des visites à domicile, par exemple. Par ailleurs, un très grand nombre de postes de psychiatres publics (environ 800) demeurent vacants du fait des problèmes de démographie médicale.
De plus, pour harmoniser les textes régissant la profession d'infirmière au regard des normes européennes, on a cessé de former des infirmiers spécialisés en psychiatrie. Il y a maintenant des infirmiers diplômés d'Etat dont la formation en psychiatrie est réduite, ce qui fragilise les secteurs de psychiatrie.



D'autre part, le nombre des lits d'hospitalisation en psychiatrie a été massivement réduit pour des raisons budgétaires ; or, ces lits pouvaient non seulement accueillir des malades mentaux en décompensation aiguë, mais aussi des personnes en détresse psychologique et sociale. La réduction du nombre de lits a conduit nos collègues à renoncer à cette indication d'hospitalisation, sous prétexte qu'il s'agissait de problèmes à régler sur le plan social. De tels patients se sont retrouvés plus ou moins en rupture de soins, faute souvent d'hébergement : il n'y a pas eu de création de foyers spécialisés, et les autres centres de réadaptation et de réadaptation sociale ne sont guère favorables à l'accueil de ces malades mentaux, d'autant moins que les résidents de ces foyers sont considérés comme sans domicile fixe (domicile considéré comme provisoire) et ne relèvent pas de la prise en charge du secteur. L'on constate donc que de nombreux facteurs contribuent à l'augmentation du nombre de malades mentaux incarcérés dans les prisons

Betty Brahmy

S.M.P.R
MODE D'EMPLOI

COMMENT FONCTIONNE AU QUOTIDIEN LE SOIN PSYCHIATRIQUE EN PRISON. DESCRIPTION DES DIFFERENTS SERVICES ET DE LEURS CONDITIONS D'ACCÈS.

françaises.

Il faut d'abord savoir qu'il n'y a qu'un seul service de soin psychiatrique par région. Eh oui vous ne rêvez pas…
le S.M.P.R (Services Médico- Psychologiques régionaux) Paca est situé à la prison des Baumettes à Marseille.
Un infirmier psy y travaillant s'est proposé de répondre à nos questions.

Peux-tu nous expliquer le fonctionnement du service de soin psychiatrique en prison ?

« Le S.M.P.R est un service de soin comprenant un C.S.A.P.A (Centre Soin, d'accompagnement et de prévention en Addictologie), un hôpital de jour et un service ambulatoire. Les personnes détenu·es ne se déplacent quasiment jamais seul, soit accompagné d'un surveillant·es de la pénitentiaire avant cette fameuse grille soit par des soigant·es .
Les salles d'attente doivent faire 9 mètres carrés, il y fait très chaud ou très froid, une seule petite fenêtre, et le nombre de personnes peut varier de quelques un·es à une dizaine avec un temps d'attente incertain au vu du fonctionnement par « Vague ».
Pour la plupart des services du SMPR la venue sur les lieux se fait avec des « convocations » ? Il y a plusieurs « Vagues » pour organiser les rendez-vous, les « vagues » sont des créneaux horaires imposé par l'administration pénitentiaire ou le personnel pénitencier s'organise pour aller récupérer les différentes personnes dans les bâtiments, cellules ou iels sont incarcéré·es et les faire patienter dans les salles d'attentes de l'unité sanitaire (commune pour le somatique et la psychiatrie). »

Le CSAPA

Il est composé de 5 éducateur·ices , 3 infirmier.ères, 2 psychologues, 1 assitant·e social·e, d'un médecin généraliste, d'une secrétaire, d'un·e psychomotricien.ne (partagé sur les différents services du SMPR). Des entretiens individuels sont proposé par les différent·es intervenant. tes pour des suivies individualisé, pour une rencontre, des demandes diverses autour des consommations, des activités sont proposés. L'approche est voulue accès autour de la Réduction Des Risques, les activités et les accompagnements sont accès en ce sens.
Pour les personnes ayant besoin de traitement de substitution, il est possible de les avoir en délivrance direct en cellule, traitement remis 3 fois par semaines lors de distribution de médicaments fait par les infirmier.ères de l'unité sanitaire pour tout ce qui est suboxone (ou du même type), mais tout ce qui est méthadone les délivrances se font le matin ou l'après-midi par l'équipe infirmière traitement dis pris « à vue », il n'y a pas de possibilité de gérer les flacons ou les gélules de méthadone directement par les personnes.

L'hôpital de jour

avec une salle d'activité, un bureau infirmier.ères, une salle de soins, des bureaux pour les secrétaires et pour les consultations avec un·e psychiatre ou un.e psychologue.
Il y a 7 infirmier.ères , 6 psychiatres(pas touste en temps plein), un psychiatre faisant fonction d'interne, et des choix d'internes qui peuvent varier entre 0 interne ou 3 en fonction des semestres, des psychologues environ 5, 6 mais pas toustes en temps plein. Il faut savoir que comme tout service de soins, je donne des effectifs qui par moments sont bien plus bas car il y a beaucoup de turn-over.
Dans cet hôpital de jour (qui accueille uniquement des hommes) ce sont des personnes qui viennent de toute la région et qui sont placés dans une aile à part, pour une durée d'hospitalisation convenu avec les psychiatres, avec des soins quotidiens, remise des traitements 3 fois par jours et des activités tout les jours auquelles les personnes peuvent s'inscrire et participer.
Lors de leur hospitalisation sur l'HDJ, ils sont seul en cellule, elles sont de la même

taille que des cellules classique dans les autres bâtiments, à savoir que dans les bâtiments « classiques » le nombre de personnes en cellule peut varier de 1 à 4 pour 9 mètres carré sans compter l'ameublement (lit, douche, placard) qui laisse une surface au sol d'environ 3 mètres carré pour circuler.
Ils bénéficient sur l'HDJ d'une promenade dédiée à cet étage et pas avec le reste des personnes détenues.
La circulation est un peu plus libre, ils peuvent descendre seul sans escorte pour venir à leur consultation ou activités mais bien sûr il faut toujours passer le contrôle de toutes les portes fermées à distance par les différents postes de gestion d'ouverture et fermeture géré par le personnel pénitencier.
Les durées d'hospitalisations peuvent varier entre quelques semaines à plusieurs mois, les personnes qui y sont adressées sont là pour stabiliser des moments de décompensation, pas dans des « phases aiguës », pour des séjours de rupture ou pour des moments d'accompagnement dans des moments d'effondrement psychique.
Il y a environ 25 cellules pour toutes la région, les places sont souvent très demandées, il y a de nombreuses personnes sur liste d'attente pour y accéder.

L'Ambulatoire

Il y a des infirmier.ères (11 sur B2, 19 depuis l'ouverture de B3), des ergothérapeutes (2), un psychomotricien, des secrétaires (2), des assistantes sociales (2), des psychiatres et des psychologues.

Dans le service ambulatoire il y a deux grandes entités, l'Urgence et le CATTP.
Dans cette aile on y retrouve des bureaux de consultation psychiatre, psychologue et infirmier.ères, un bureau infirmier. ères de régulation et une liaison avec la nouvelle unité sanitaire donnant dans les nouveaux bâtiments.
En ambulatoire il y a aussi des activités qui sont proposées les après-midi organisées le plus souvent par les infirmier.ères ou les autres soigant·es du services. Par exemple cinéma, théâtre, mandala, jeux de société…
Le maintien de ces activités est souvent soumis aux nombres des effectifs soigant·es et peut par moment être extrêmement réduit.
Ces activités sont dites transversales, commune à tous les services du SMPR (CSAPA, HDJ, Ambulatoire) et mixte, femme et homme y participent. Tout soigant·es peut faire une indication qui sera discuté en réunion d'équipe pour que la personne puisse intégrer telle ou telle activité avec plus ou moins de délais d'attente en fonction des inscrits·es.

L'entité Urgence.

Un poste central où infirmier·es reçoivent les appels et les mails signalant les problématiques que peuvent rencontrer des personnes au sein de la prison. La personne qui est à ce poste régule les demandes et fait monter les personnes en situation d'urgence psychique afin qu'elles puissent être rencontrées le plus rapidement possible (souvent dans la journée) ou bien organiser une venue dans les prochains jours en fonction de la disponibilité des psychiatres. Souvent à ce poste il y a un binôme infirmier.ère qui va pouvoir rencontrer les personnes et les orienter, en fonction des besoins, vers un psychiatre ou programmer des rendez-vous de soutien, d'accompagnement dans les prochains jours, les prochaines semaines.
La venue des personnes est toujours soumise au bon vouloir des agents de la pénitentiaire. Il arrive fréquemment de devoir insister plusieurs fois par de nombreux appels pour que la personne puisse venir dans le service afin que nous puissions la rencontrer, de nombreuses raisons peuvent être invoquées : manque d'effectif, un refus de la personne (qui est d'ailleurs difficile à vérifier car les feuilles qui doivent être remplis et écrite par la personne si elle refuse ne le sont que très rarement).



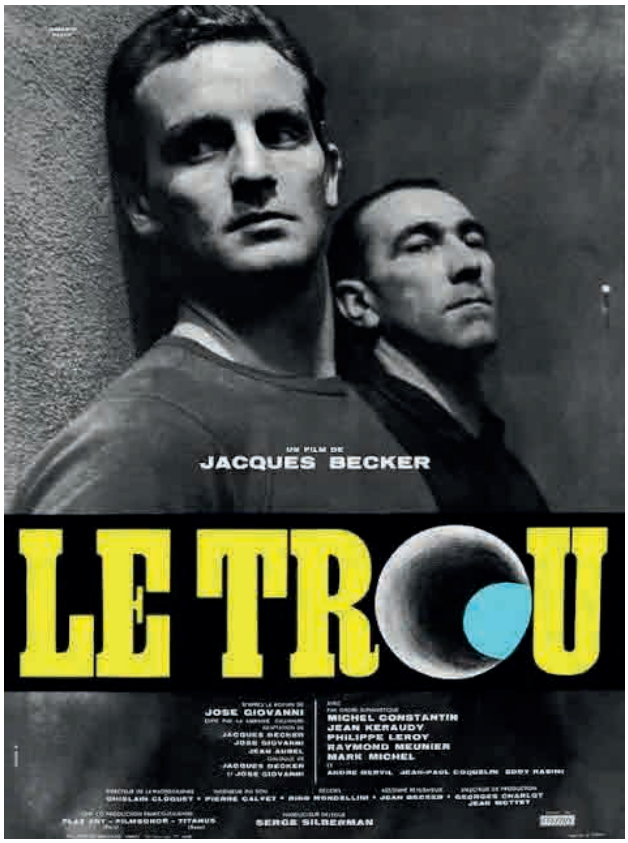
Le CATTP

Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel est l'autre entité du côté ambulatoire, souvent deux soigant·es, infirmier.ères sur ce poste. Les personnes qui viennent sur le CATTP sont des personnes qui sont orientées par les psychiatres le plus souvent avec une discussion faite lors des réunions d'équipes. Souvent les personnes qui viennent au CATTP sont des personnes qui sont suivies à l'extérieur avec un traitement psychiatrique ou ayant déjà connu des institutions psychiatrique. Les indications sont souvent faites autour de personnes ayant un diagnostic de trouble psychotique ou de trouble bipolaire. Les personnes ne sont pas forcément dans un moment aiguë de leur souffrance mais dans un moment de stabilisation, tant que faire se peut dans un milieux carcé-

ral, après une hospitalisation sur l'UHSA ou sur l'HDJ par exemple. Les personnes sont souvent dans une certaine vulnérabilité face au fonctionnement carcéral et aux différentes interactions avec les agents de la pénitentiaire où les autres personnes en détention.
Sur le CATTP il est possible d'y venir tous les jours avec des remises de traitement et des prise des traitements avec les soigant·es et la semaine se rythme par des activités quotidienne tous les matin. Les après-midi sont consacrés à des entretiens individuels avec les soignant·es.
Il y a sur le CATTP environ 15-20 personnes soignées qui peuvent venir tous les jours ou une fois par semaine, 3 fois en fonction de leur besoin et des indications discutées avec le psychiatre et l'équipe.
La prison des Baumettes à donc un service de psychiatrie dans son enceinte plutôt fourni et qui s'est agrandi en effectif depuis l'ouverture des nouveaux bâtiments.
Les effectifs ne sont cependant pas constant, j'ai indiqué des chiffres en effectif plein, mais il y a un tel turn-over que les effectifs ne sont souvent pas au complet et le fonctionnement est donc modifié au détriment bien sur de la possibilité d'accueillir les personnes soignée et du délais avec lequel iels peuvent être reçu·es.
Il y a bien sur comme dans le reste de la psychiatrie un manque de nouvelleaux psychiatres qui avec des prisons de plus en plus grandes et de plus en plus remplies intensifie la dureté des conditions d'incarcérations et les besoins en soins psychique où le soin mis en place ne peut pas suivre. Il faut aussi se rendre à l'évidence que dans d'autres prisons de la région les effectifs sont encore bien moindre et les délais où possibilité d'activités sont très longs ou inexistants.

Qu'est ce qui t'a surpris le plus à ton arrivée là bas ?

Ce qui m'a le plus surpris dans un premier temps lors de mon arrivée dans ce service et de voir le nombre de personnes en grande détresse psychique, que l'on pourrait dire décompensé dans un moment de leur vie ou leur réalité à pris des distances avec celle de tout un chacun·e. Une grande souffrance qui expose les personnes à de nombreuses souffrances qu'iels peuvent se faire dans des moments de grand effondrement psychique où bien qu'elle peut projeter sur d'autres pour se défendre d'un milieux des plus hostiles et des plus persécutant. La difficulté de pouvoir hospitaliser certaines personnes sur les UHSA par manque de place, avec des listes d'attentes incroyablement longues, de voir des personnes aller de plus en plus mal et attendre la limite ou même des drames pour accéder à des hospitalisations.



La deuxièmes chose est le « choc carcéral », de nombreux·euses personnes qui sont sortie de leur vie chez les parents avec des frères et soeur et qui se retrouve dans un fonctionnement tout autre qui désarçonne et dans lequel on ne peut pas montrer nos faiblesses au risque de subir des violences, du chantage ou autres … D'offrir un espace de paroles, de reprise de certain moment de vie, de parler de ses émotions de ce que ca nous fais et c'est souvent la première fois qu'iels peuvent le faire et se sentir écouter. Attendre une incarcération pour pouvoir mettre des mots sur les nombreuses injustices et traumatismes qu'iels ont pu traverser dans leur vie est complètement révoltant.
La troisième sont les drames qui arrivent devant un système sourd, qui fabrique de la violence et qui tue, quand on signale depuis des semaines la mauvaise entente entre deux co-cellulaires, qui sont maintenus coûte que coûte ensemble et qui finit par un meutre, deux vies détruites et qui aurait pu être très largement évité. Oui il y a des personnes qui écoute et essaie de faire au mieux et de façon « humaine » mais dans un système complètement déshumanisé, où l'on perd son identité, son appartenance , sa dignité où la violence est cultivé et renforcer dans tous les espaces, il est impossible d'y entrevoir une quelconque solution en son sein.

Qu'est ce que tu ressens depuis que tu travailles là bas ?

J'ai voulu aller dans ce service pour me rendre compte du quotidien des personnes incarcérées et essayer d'apporter tant que faire se peut un moment de respiration de pause dans cet enfer carcéral. Ce qui a été le plus insupportable pour moi et de voir les conditions d'incarcération, le nombre de personnes par cellule, la taille des cellules, l'insalubrité, les températures excessives dans les deux sens, le brasier étouffant et le froid sans avoir suffisamment de couvertures, les nombreux drames.
Être témoin de la souffrance de ces personnes, de les rencontrer, mettre une histoire, une vie, de l'humanité derrière une peine, d'avoir pu entendre et essayer d'accompagner toutes ses personnes dans les nombreuses souffrances de leur quotidien, les nombreux traumatismes qu'iels ont traversé m'ont permis d'être encore plus sûr aujourd'hui, que de rajouter de l'horreur sur de l'horreur n'est pas une solution mais bien la criminalisation de toutes une partie de la société pour éviter de se poser des questions bien plus grande qui remettrait en question tout un fonctionnement sociétal décadent. Utiliser toute une partie de la société pour

Un infirmier psy.

"LA PSYCHIATRIE S'EST MISE AU SERVICE DE LA SECURITÉ"

Nous republions ici une interview parue dans « Prison Insider» où un psychiatre, ayant quitté son travail en prison après 15 ans, livre une reflexion systémique et crtitique sur la volonté de soigner en prison.

Cyrille Canetti est psychiatre. Il exerce son activité auprès des personnes détenues, de 1996 à 2021, dans différentes prisons d'Île-de-France. Il intègre, durant deux ans, l'équipe de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (2014-2016). Il quitte, au printemps 2021, le Service médico-psychologique (SMPR) de la prison de la Santé. Il explique : « mon chef de pôle n'a pas souhaité me renouveler dans mes fonctions de chef de service, j'ai démissionné juste avant que la porte ne se referme sur moi. Aujourd'hui, j'ai pris du recul. Après une phase d'amertume, je me demande comment j'ai pu tenir si longtemps dans un environnement aussi violent et aussi absurde".

Cyrille Canetti s'occupe désormais d'une consultation pour les personnes sortant de prison à l'hôpital Sainte-Anne de Paris. Nous l'avons rencontré. Interview (critique), sur la psychiatrie et la prison.

Le développement des soins en milieu pénitentiaire a contribué à refaire une place aux malades en prison.

Prison Insider. Quand on associe prison et psychiatrie, quelles sont vos premières pensées ?

Cyrille Canetti. C'est une ineptie. C'est un retour en arrière.

PI. Y a-t-il de plus en plus de personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison ?

CC. C'est ce que j'ai perçu. J'ai commencé à travailler en prison en 1996 et j'ai donc un peu de recul. Je ne dirais pas que l'évolution est linéaire. Lorsque j'ai commencé à la prison de Fresnes, j'ai été saisi par la situation des malades que je rencontrais. Ce sentiment s'est atténué avec le temps. Sur un temps plus court, je peux comparer mes deux passages à la Santé : j'ai assisté à une augmentation nette du nombre de malades, avec des troubles très graves. Lors de la première période (2009-2014), on faisait une moyenne de 10 à 12 hospitalisations par an. À sa réouverture après la rénovation, ce chiffre s'élevait à 35-36 par an. Mais cette augmentation correspond également à une politique de service : j'avais décidé que je ne voulais plus de malades lourdement atteints. Nous demandions systématiquement une hospitalisation. Je suis devenu moins conciliant, je ne voulais pas que les murs de la prison se substituent aux murs de l'hôpital. Mes collègues toujours en poste m'indiquent que le service est débordé par des malades psychotiques. J'ai l'impression qu'ils sont de plus en plus nombreux et les cas de plus en plus graves.

PI. À quoi cela tient-il ?

CC. Il y a plusieurs explications à cela. D'une part, les magistrats ont tendance à incarcérer de plus en plus ces personnes, soit parce qu'ils estiment que des soins sont disponibles en détention, soit parce qu'ils ne savent pas quoi faire de ces individus malades. D'autre part, les experts appelés à la barre ont tendance à responsabiliser davantage les personnes inculpées. Ensuite, les victimes attendent de plus en plus que le procès leur amène une forme de réparation. Enfin, la psychiatrie qui s'est paupérisée, est de moins en moins encline à prendre en charge des patients qui ont un passé judiciaire.

Le nouveau Code pénal de 1994 a



créé la responsabilité pénale dite « atténuée » alors que le précédent texte prévoyait soit le discernement, soit une abolition du discernement. À la suite de ça, énormément d'altérations du discernement ont été prononcées au détriment de son abolition, avec des incarcérations à la clef. Nous avons même assisté à un alourdissement des sanctions pour les personnes qui avaient une pathologie mentale, dès lors que celle-ci n'était pas retenue pour déclarer l'irresponsabilité pénale. Avec la création des UHSA en 2002, un sénateur a été jusqu'à proposer qu'on supprime l'article 122-1, celui qui consacre l'impossibilité de condamner un malade mental jugé irresponsable pénalement, en expliquant qu'un endroit existait désormais pour accueillir les criminels aliénés. Tout ceci participe de l'augmentation du nombre de malades en prison.

Honnêtement, en 25 ans de carrière, je me suis dit pendant 20 ans qu'il fallait augmenter les soins en prison puis pendant 5 ans qu'il fallait les diminuer. Plus on développe des soins en prison, plus on y met des malades. C'est toujours la même logique : plus en construit des places de prison, plus on incarcère.

J'ai aussi réalisé qu'avoir conscience de ces mécanismes n'enrayait pas grand-chose. Il m'est arrivé de m'investir pour empêcher l'incarcération d'une personne qui n'avait absolument pas sa place en prison. J'ai téléphoné à la magistrate pour lui faire part de mon sentiment. Elle s'est montrée sensible à mon intervention. Mais à la fin, la personne a écopé d'une condamnation plus lourde encore. J'étais abasourdi. Selon elle, ses assesseurs se sont dit : « voilà un psy en prison qui prend les choses au sérieux, donc on condamne plus lourdement ». Voilà le prix de mon investissement. Le développement des soins en milieu pénitentiaire a contribué à refaire une place aux malades en prison.

Par ailleurs, la psychiatrie s'est paupérisée et n'a plus les moyens de bien prendre en charge une partie de la population. Des malades sont amenés à commettre des actes de délinquance qui ne sont qu'indirectement en rapport avec leur pathologie. En fermant des lits, la psychiatrie a mis ces personnes très précaires à la rue où elles pratiquent une délinquance de survie et finissent en prison. Mais selon moi, la paupérisation n'est pas la seule explication à ce phénomène. La psychiatrie moderne a également changé d'orientation et s'intéresse désormais plus aux neurosciences qu'aux origines sociales et environnementales de la pathologie mentale. Elle se consacre de plus en plus aux mécanismes du cerveau et de moins en moins à l'individu.

PI. Le procès joue-t-il un rôle dans cette évolution ?

CC. Je dirais deux choses. D'abord, le recours aux comparutions immédiates qui s'apparentent à des exécutions. Tout va à toute allure, les enquêtes de personnalité n'ont pas le temps d'être réalisées, les condamnations se font sans la connaissance de la personne. Cela contribue à envoyer en prison des individus très malades sans que les magistrats ne s'en rendent compte. D'ailleurs, s'ils s'en rendent compte, ils sont démunis. Ils finissent fréquemment par les envoyer en prison (puisqu'on y dispense des soins).

Ensuite, la fonction du procès a évolué. La justice était là pour restaurer l'autorité de l'État. Le juge venait réaffirmer la loi. Or, la place des victimes s'est accrue et la mission du procès s'est déplacée du côté des victimes.

Désormais, sa fonction est davantage de réparer les victimes que de juger la personne. Le procès devient un lieu de soins.

Comme si un degré de réparation était lié au quantum de peine prononcé. Plus la peine est lourde, plus les victimes seraient en mesure de se réparer ou, comme le veut une expression particulièrement en vogue, en mesure de faire leur deuil. Et en effet, si on considère qu'une victime doit identifier un auteur reconnu pour se réparer, il devient impossible que des auteurs d'infractions soient reconnus irresponsables. La loi Dati de 2008 consacre cette évolution. Elle intervient après l'affaire Dupuy, du nom de ce jeune homme schizophrène qui tue deux soignantes à l'hôpital psychiatrique de Pau. Cette loi permet de faire comparaitre les malades mentaux devant la chambre de l'instruction. Le procès se veut alors thérapeutique pour les victimes. Le crime reproché peut être inscrit au casier judiciaire, la culpabilité définitivement établie, mais la personne déclarée pénalement irresponsable : pour réparer, il faut condamner.

PI. Que fait ensuite la prison à ces malades ?

CC. La prison est un catalyseur. Elle majore tout. L'injustice qui existe dehors, la violence, les troubles. Chacun de nous se trouve sur une ligne continue entre normalité et folie. Chacun de nous se maintient sur cet équilibre

moyennant quelques ajustements au quotidien. Nous avons tous recours à des artifices pour supporter nos tristesses, nos angoisses, nos fragilités. Plus nous disposons de moyens d'agir sur notre environnement, plus nous sommes en mesure de faire face à ces difficultés. Si vous avez une insomnie, vous pouvez vous lever, fumer une cigarette, sortir, faire le tour du pâté de maison, aller prendre quelque chose dans le réfrigérateur, écouter la radio, regarder une série. Si vous avez la même insomnie en prison, vous ne pouvez pas vous lever parce que vous êtes trois en cellule et que vous ne voulez pas marcher sur quelqu'un qui dort par terre. Ou alors vous n'avez pas la télévision, plus de cigarettes, vous ne pouvez pas sortir, vous n'avez personne à appeler, vous ne pouvez pas ouvrir la fenêtre. Vous allez vivre cette insomnie de façon beaucoup plus lourde. C'est identique pour l'angoisse et la tristesse.

La prison diminue la capacité d'agir. Le quartier disciplinaire majore encore cette dépossession : vous êtes privé de tous vos mécanismes de protection. Toutes les fragilités sont majorées, et ce indépendamment de la maladie mentale.

Pour, une personne qui souffre de dépression en prison, je crois que je n'ai même pas besoin de développer : ne pas être déprimé en prison, c'est suspect. À l'opposé, une personne qui souffre de manie a besoin d'espace pour exprimer sa folie, son état d'excitation psychique. Elle a besoin d'aller et venir, de courir, de vociférer ou de dépenser tout son argent. Dans neuf mètres carrés, rien de cela n'est possible, l'enfermement majore les troubles et rend la souffrance encore plus insupportable.

De la même façon, une personne qui souffre d'hallucinations ou qui se sent persécutée se trouve confrontée en permanence à son délire auquel elle ne peut échapper, l'angoisse augmente alors et alimente le délire.

La prison c'est le lieu de toutes les violences. On est victime de soi, de ses codétenus, des surveillants, de l'incompréhension. On est victime de tout.

Tous les intervenants sont susceptibles d'être violents, médecins, avocats, CPIP, ne serait-ce qu'en se disant par exemple, « je n'ai pas le temps d'aller le voir aujourd'hui, j'irai demain, de toute façon il sera là ». En face, il y a l'attente de celui auprès de qui on s'était engagé. La prison n'est certainement pas l'endroit pour rendre la maladie moins douloureuse et moins pénible.

PI. Ces personnes sont-elles davantage sujettes au suicide ?

CC. L'envie de se suicider n'est pas forcément pathologique. Elle apparaît parfois comme le seul moyen de se soustraire à une situation insupportable. Certains endroits poussent au suicide et la prison en fait partie. Pourtant, l'amélioration des conditions matérielles de détention est à la portée de n'importe qui et il en faudrait peu pour rendre certaines choses plus supportables. La prison est suicidogène en soi. Ce n'est pas que les gens y soient plus malades. Les personnes qui se pendent dans leur cellule, les personnes qui se suicident au quartier disciplinaire, les personnes qui se coupent la gorge parce qu'elles viennent d'apprendre une mauvaise nouvelle au parloir et qui n'ont aucun moyen de réagir ce ne sont pas forcément des personnes atteintes de pathologies mentales.

Certains responsables de l'administration pénitentiaire expliquent les suicides en prison par l'état de fragilité des personnes qui s'y trouvent. C'est faux. Toute personne saine d'esprit placée en prison est susceptible de penser au suicide. Dès lors, nous pouvons nous interroger en tant que psychiatre sur ce que nous faisons en luttant contre le suicide. Finalement, en faisant tout pour éviter le suicide, en apaisant les souffrances des personnes en prison, en les poussant à accepter l'insupportable, ne faisons-nous pas le jeu de la pénitentiaire ? Ne la dispensons-nous pas d'améliorer les conditions de détention ?

Évidemment qu'il faut lutter contre le suicide mais je suis toutefois de plus en plus persuadé que notre présence en prison en tant que psychiatre cautionne quelque chose. Nous devons nous limiter au strict minimum et ne pas venir adoucir un système que par ailleurs je condamne fermement.Ce n'est pas très compliqué de faire une certaine prévention du suicide. Je crois vraiment que ça va sonner imbécile, mais il faut être gentil, attentif à l'autre. J'ai souvent dit à l'équipe infirmière que notre bienveillance faisait beaucoup. La présence de certaines équipes fait beaucoup, lorsqu'elles traitent bien les personnes, qu'elles sont apaisantes et respectueuses, qu'elles contribuent à absorber le sentiment d'injustice. Mais encore une fois, ce comportement n'est pas l'apanage des soignants.

Nous avons cessé de considérer le malade mental comme quelqu'un en souffrance. Le schizophrène n'est plus envisagé comme quelqu'un en plein déchirement, en état d'effraction psychique. C'est pourtant une souffrance abominable. Le malade est associé avant tout à la dangerosité et au passage à l'acte. Avant d'être quelqu'un qui souffre, il est devenu quelqu'un qui fait souffrir la société. Ce n'est plus quelqu'un qu'il faut soulager mais quelqu'un qu'il faut neutraliser.

PRI
INSIDER
SON

Prison Insider est une plateforme de production et de diffusion d'informations sur les prisons dans le monde. Son objectif est d'informer, comparer et témoigner sur les conditions de détention au regard des droits fondamentaux. Son travail contribue à lutter contre la torture et à prévenir les violations des droits humains.

À cette fin, Prison Insider recense et vérifie les données disponibles ; produit des informations, des connaissances et des savoirs et les rend accessibles au plus grand nombre (vulgarisation, diffusion, traduction). Prison Insider développe, mobilise et anime un réseau diversifié de personnes impliquées à travers le monde. Sa finalité est de donner les moyens d'agir.

L'ENVOLÉE

POUR EN FINIR AVEC TOUTES LES PRISONS

S'il y a un journal dont Soin'Soin voudrait se rapprocher, c'est bien *L'Envolée*. Gratuit pour les prisonnier·es ce journal veut être « un porte-voix pour les prisonniers et prisonnières qui luttent contre le sort qui leur est fait. Le journal publie des lettres, des comptes rendus de procès, et des analyses sur la société et ses lois. Le journal prolonge le travail mené par des émissions de radio qui maintiennent un lien entre l'intérieur et l'extérieur des prisons, hors du contrôle de l'administration pénitentiaire (AP). Le journal est réalisé par des ex-prisonnier·es, des proches de prisonnier·es et d'autres qui savent que la prison plane au-dessus de nos têtes à tous. Il est primordial de faire exister la parole des prisonnier·es qui sont les mieux placés pour décrire leur quotidien, dénoncer leurs conditions de détention, les violences qu'ils et elles subissent et critiquer la prison.

Une parole qui sort de la prison constitue un acte politique qui dérange l'ordre des choses, surtout quand cette parole est collective. Nous sommes convaincu·es que les mots inspirent et nourrissent la lutte contre la justice et l'enfermement. La prison est le ciment nécessaire à l'État pour permettre au capitalisme de se développer. Prisons et justice servent principalement à enfermer la misère. En jouant son rôle de repoussoir social, l'enfermement carcéral produit la peur nécessaire au maintien de cette société. Ainsi la prison sert aussi à enfermer dehors. Ce journal existe depuis 2001 malgré les censures de l'AP, malgré les poursuites pour diffamation, malgré nos faibles moyens ».

Difficile de ne pas voir un rapprochement avec le monde psychiatrique de notre époque. Prisons et lieux de soin sont en france nés du même corps. Leurs fonctionnements ne pourra cesser que par une refonte profonde de la notion de justice.

Ce journal est contamment attaqué par l'AP depuis 20 ans, gagnant le triste record de celui ayant le plus de procès en Europe.

Comme Soin'Soin ce journal essaie de visibiliser les abus qui se passent à l'interieur et qui ne sont en aucun lieu à la hauteur des soit disant valeurs de liberté et d'égalité défendus par l'Etat.

La peine de mort n'a pas été abolie,
c'est la guillotine qui a été supprimé.

« Nous ne comptons que sur l'argent des abonnements extérieurs
et des événements de soutien pour le financer.
N'hésitez pas à écrire, à vous abonner et à abonner vos proches : pour les prisonniers et les prisonnières
l'abonnement est gratuit.
L'Envolée Radio – Paris île de France : tous les vendredis en direct de 19h à 20h30 sur Radio FPP –
106.3 FM et sur rfpp.net, sur lenvolee.net et sur toutes les plateformes de podcast ».

COMMUNIQUÉ DU PNP

PNP (Pour ne pas rester seul·es face à la violence de la prison) est un collectif né à Marseille pour lutter contre la prison et la société qui en a besoin, en créant des liens de solidarité avec les luttes des prisonnier·es à l'intérieur et de leurs familles à l'extérieur.

.- / -- --- .-. - / .-.. . ... / .--. .-. . ... --- -. ...

« C'est normal dans ces conditions ». Étrangement, c'est toujours la même rengaine quels que soient mes maux... Mes maux de tête semi-permanents ? « C'est normal dans les conditions de l'isolement ». Mes pertes de mémoire, mon incapacité de concentration, la perte des repères spatio-temporels, mes douleurs cardiaques, mon oppression thoracique, mes troubles visuels, mes vertiges, mon hébétude, etc. ? Pareil ? « C'est normal au vu de mes conditions de détention ». Dans un environnement normal (et même en détention classique), pourtant, subir l'ensemble de ces maux n'est pas considéré comme chose normale.

Libre flot, quartier d'isolement de Bois-d'Arcy, 22 janvier 2022. (dans *Anticiper le bruit sec des verrous*, ed. du bout de la ville, 2025)

La torture physique et psychologique est un des fondements de l'institution carcérale. Elle sert à atteindre un des objectifs de la prison, celui d'annihiler les individus, les priver de leur dignité. La violence de l'enfermement en tant que telle est une forme de torture psychologique, qui abîme les corps et les esprits. Les personnes emprisonnées vivent une privation de sens qui résonnent (cf. le texte ci dessus) dans leur chair à travers des états dépressifs et de tension permanente. L'organisation temporelle stricte du quotidien, la violence de l'isolement social et familial, les insultes et pressions des matons et l'arbitraire de l'administration ne sont que quelques exemples de l'organisation volontaire de la souffrance psychique et physique des personnes enfermées.

Les prisons ne servent qu'un système de répression qui détruit les mêmes catégories de personnes désignées comme nuisibles à l'ordre social. Ce système est pensé pour limiter les imaginaires et punir toutes volontés de résistance.

Dans ce texte, on va se concentrer sur une forme spécifique de torture carcérale, qui est expérimentée depuis la création des Quartiers de Lutte contre la Criminalité Organisée, dorénavant QLCO.

Ces nouvelles prisons ont été créées suite à la Loi Narcotrafic promulguée le 13 juin 2025 sur proposition de Gerald Darmanin. Leur but affiché est celui d'enfermer les soi-disant plus grands criminels de France. À partir de juillet 2025, des dizaines de détenus ont été transférés à Vendin-le-Veil, premier QLCO. Dans une grande opération de communication, le ministre Darmanin cherche alors à créer un ennemi intérieur, la figure d'un monstre indéfendable, qu'il faudrait par tous les moyens couper de la société et de la prison elle-même. D'ailleurs, c'est ce même ministre et lui seul qui a le pouvoir de placer des prisonniers dans les QLCO sans que l'on sache sur quels critères objectifs il se base.

Aujourd'hui, on compte deux QLCO sur tout le territoire, à Vendin-le-Vieil et à Condé-sur-Sarthe. Des nouvelles ouvertures sont prévues à Aix-Luynes et à Rouen dans les prochains mois. 80% des prisonniers en QLCO sont en détention provisoire, c'est-à-dire en attente de jugement définitif. Quoi que les médias et Darmanin en disent, il s'agit de personnes inculpées de crimes très variés, commis en « bande organisée ».

Dans ces prisons dites de haute sécurité, basées sur un principe de privation sensorielle, l'Etat pratique la torture blanche :

- Les prisonniers sont surveillés en permanence, coupés du monde et privés de presque tout contact humain.
- Leurs appels téléphoniques sont réduits à 4 heures par semaine, et écoutés en permanence.
- Parloir derrière une vitre, sans contact physique possible avec ses proches.
- Une seule heure de « promenade » par jour, dans des cours complètement bétonnées où les prisonniers ne fréquentent que 2 à 4 autres détenus, encadrés par des matons en nombre, surarmés et toujours mieux payés…
- Finies les UVF, « unités de vie familiale », où il est possible de partager une intimité avec ses proches.
- Fini le travail « d'auxi » pour subvenir à ses besoins.
- Après chaque parloir, ils subissent systématiquement le viol de leur intimité lors des fouilles à nu.

Recours systématique à la vidéoconférence pour les procès.
Le seul moyen pour sortir du QLCO est de devenir un «collaborateur de la justice », ou plus simplement être une poukave !
Toutes ces différentes formes de torture, conçues pour obtenir des informations et maintenir un contrôle total sur les prisonniers jugés dangereux, infligent une torture silencieuse aux effets dévastateurs tant sur le plan psychologique que physique. Ces conditions matérielles extrêmes - isolement, lumière artificielle permanente, espaces restreints, contacts humains limités - provoquent stress, dépression chronique, angoisses, en plus des problèmes de santé. La privation de tout lien avec l'extérieur et la violence systémique de ces mesures ont pour objectif de pousser les prisonniers à bout et arracher des aveux.
L'État considère légitime cette punition infligée aux prisonniers en QLCO en raison de leur profil criminel. Les conditions de détention des QLCO servent aussi de mise en garde pour les gens à l'extérieur. Mais les QLCO et la torture blanche vécue à l'intérieur ont des conséquences sur l'ensemble des personnes détenues et sur la société. D'un côté, elles servent de mises en garde pour les gens à l'extérieur. De l'autre, les conditions de détention des QLCO sont étendues à la détention «normale» ou au mitard, sous pretexte de conditions exceptionnelles. On sait par exemple, qu'à la prison des Baumettes, une vitre a été installée dans la cabine des parloirs des prisonniers au QI (quartier d'isolement), en raison de la présence de prévenus extraits des QLCO pour le procès de cinq personnes censées appartenir à la DZ Mafia.

Et on se doute que cette mesure risque de se pérenniser bien après le procès. La détention est déjà une torture en soi.
Les QLCO contribuent à dégrader davantage les conditions de détention de tous·tes les prisonnier·es, et à rendre les choses encore plus difficiles pour leurs proches.

Face à cette violence d'Etat, les prisonniers n'ont pas attendu pour exprimer (de différentes manières) leur révolte ! Fin août, et pendant trois nuits consécutives, de manière coordonnée, les prisonniers du QLCO de Vendin ont réussi à inonder leurs cellules ainsi que les couloirs. Puis, le 1er septembre ils ont entamé une grève de la faim accompagnée d'un communiqué pour alerter l'opinion publique sur ce que subissent leurs proches !

Au QLCO de Condé-sur-Sarthe aussi les prisonniers ont commencé des mouvements collectifs. En janvier, les coursives de la prison ont été inondées et la direction a réagi en coupant l'eau. Les raisons de ces luttes sont similaires à celle de Vendin: vengeance contre les prisonniers, opacité des procédures, traitement inhumain.

Bien que l'État met en place des politique pénale toujours plus punitives, partout dans les prisons les prisonnier·es mettent en place des formes de protestations individuelles et collectives. Bien que la prison vise à isoler les personnes, aussi bien à l'intérieur qu'avec l'extérieur, cette mission ne réussit jamais complètement. Partout et toujours des formes de solidarité, d'entraide et de lutte se créent. Ces initiatives sont une manière de ne pas se sentir seul·e face au monde froid de la prison et sont des tentatives d'enrayer cette machine violente qui vise à déshumaniser les prisonnier·es et leurs proches. Rappelons une nouvelle fois que s'organiser contre ces nouvelles mesures et lutter contre la prisons dans tous ses aspects, du plus banal au plus cruel, devient toujours plus urgent !

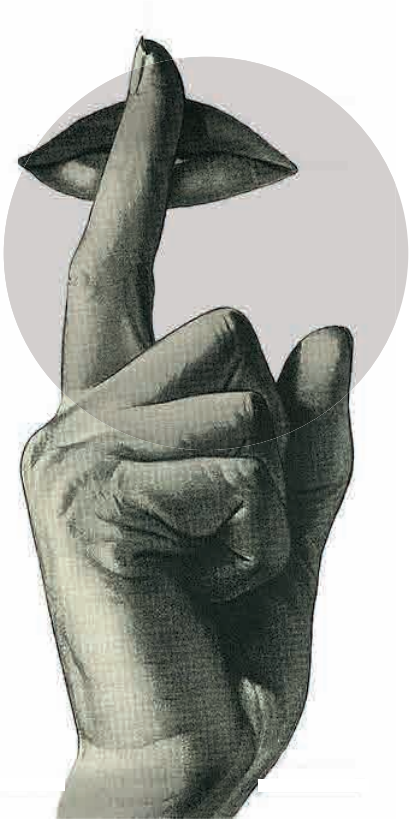
Le collectif tient une permanence
tous les premiers jeudis du mois
au manba (8 rue Barbaroux,Marseille) de 17h30 à 19h30 et a également publié un guide à l'usage des proches des prisonnier.e.s des Baumettes.
Téléphone : +33773073565

L'Engagement

L'engagement pour un jeune psychiatre pourrait être de se taire et d'écouter.
Ce qui peut paraitre un truisme, puisque le psychiatre a pour activité d'écouter.
Mais il n'est en est rien, le psychiatre évalue, pris dans ses biais de classe, de race, de genre et de valide.
Et le psychiatre ne se tait pas. Il prend la parole. Celle qui fait poids, celle qui décide.
Il évalue et décide pour l'autre au lieu de se taire et d'écouter.
S'il écoutait, il entendrais la souffrance des corps et des esprits violentés et humiliés par l'institution psychiatrique.
Ces corps captifs et drogués. Qui a envie d'être captifs et drogués par des médecins?
S'il se taisait, il comprendrais cette relation pathogène qu'on engendré les psychiatres, à force de domination absolue, qui ne produit qu'humiliation, triche, suspicion.
S'il se tait et écoute, il verrait autour de lui, que son pouvoir démesuré est une bêtise qui l'appauvrit et l'isole.
Il pourrait observer ces soignant·es, qui gravite autour de lui, devenu elles aussi des imbéciles, incapable d'autonomie.
Quand le psychiatre se tait et écoute, il ouvre la porte à l'intelligence collective.
Il autorise la personne à être ce qu'elle est.
Car rien n'est plus mortifère que ces psychiatres accroché à leur domination absolue sur ces personnes fragiles.
Si le psychiatre se tait et écoute, il partage son pouvoir avec le patient·es et les soignant·es.
Il partage.
Ce faisant, il apprend.
Lui aussi est fragile. Certes, il est souvent un homme blanc bourgeois.
Mais il est rongé. Rongé par sa domination.
Rongé par son impossibilité à dire et à même penser ses propres fragilités.

Tais toi et écoute,
tu rendras service à tout le monde.

Democrapsy



SEE YOU SOON !

À GOBER!!!



« **Le contrat qu'on ne lit jamais** ». Yasmine Aichi. p. 2
Mineurs et hospitalisations. p. 6
Fondamental. p. 12
Not fun da mental. Alex Cara. p. 13
« **Ne serait il pas plus sain d'être fous ?** ». Eloise Massardi p.18
Sexisme, Violence masculin et Pathologisation en Psychiatrie. Delphine Praud-Bodere. p. 20
Fairpsy. p. 26
Critique littéraire. p. 29
Interprétation du pscychiatrique et poétique du monde. p.31
Décontruire l'hopital psychiatrique. Adèle Pariente. p. 33
« **Pour en finir avec les chambres d'isolement.. il faut s'y mettre à plusieurs !** ». p. 38
« **Le tribunal quotidien** ». Yasmine Aichi. p. 40
Democrapsy. p. 45
Soin psychiatrique en milieu carceral. p. 44
SMPR, mode d'emploi. p. 48
« **La psychiatrie s'est mise au service de la sécurité** ». p. 51
« **L'envolée** ». p. 54
Communiqué du PNP. p. 55

Abonnement 1e/mois

tip! Soutenez-nous sur tipeee.com

tipeee.com/soinsoin

SOINSOIN.FR

PRIX LIBRE
3 ou 4€

Le but est de pouvoir diffuser gratuitement le journal aux personnes en situation de precarite ou sous curatelle.