

Le Mot du debut.....

Que vous soyez une personne privilégiée, racisée, précaire ou encore minorisée,
pour les mêmes symptômes vous aurez un diagnostic différent.

Entre se fourvoyer dans une pathologisation automatique
et assommer les gens de médicaments il semblerait que les paradigmes
de la psychiatrie actuelle s'embourbent
et que les psychiatres évitent soigneusement de prendre un recul nécessaire
pour refonder le soin.

Ces médecins devraient se poser toutes sortes de questions philosophiques po-
litiques, éthiques et spirituelles mais l'on se contentera du valium pour l'instant.

Alors à Soin'Soin, on essaie de vous proposer des pistes, des chemins
un peu bizarres de réflexions et des propositions qui ne nous semble pas moins
pertinentes que leurs ordonnances de médicaments.

2025 est l'année des 20 ans de la loi sur le handicap et celle de la «grande cause
de la santé mentale», mais ni l'une ni l'autre ne sont aujourd'hui considérées
à leur juste importance.

Ne nous méprenons donc pas à attendre une avancée appréciable de la société sur
la souffrance psychique, il faut prendre acte de l'absence de réponse intelligente
à nos événements psychiques et ne plus perdre de temps
en agissant à notre dimension !

Notre voisin, nos amies, notre collègue de bureau, nos camarades de luttes, ...
n'hésitons pas à mettre la question sur la table et discutons en, déconstruisons
les préjugés, aidons-nous sans entrave, acceptons la richesse de la différence
et créons des groupes de soutiens, dans notre immeuble ou nos quartiers, allons
vers un GEM proposer un atelier gratuit pour les adhérentes,
ils en seraient probablement très content.es.

Grâce à l'entraide, coupons l'herbe sous le pied de nos souffrances.

Dans ce numéro nous allons donc parler d'entraide, des GEM, d'un psychiatre
poseur de bombes, de comment faire avec sa curatelle, de la vie d'enfants d'usa-
ger.es de la psy, et pour ceux qui y croient encore, de travail. ...(vous noterez
notre souci de toucher un grand public lol). Tout ça avec des BD, des illustrations
et des ressources pour rebondir!

On vous souhaite une bonne lecture et si vous voulez continuer la discussion,
envoyez-nous un mail on sera content.e d'y répondre.

LA MÉAMORPHOSE

J'ai connu la psychiatrie...
J'ai fréquenté des hôpitaux
psy...

On utilise souvent des expressions qui laissent à penser que notre lien avec la psychiatrie serait comparable à une relation amoureuse.

Alors de la même manière, il semblerait logique que lorsque la relation se termine, on tourne la page.

Les injonctions à ce sujet sont d'ailleurs nombreuses : «Tu vas mieux maintenant, passes à autre chose».

Et certains semblent y arriver.

Ils rentrent dans la norme.

Ils trouvent un emploi classique.

Ils fondent une famille.

Cela reste à mon sens une apparence, voire du déni. Car comment oublier ce que l'on a vécu ?

Le simple fait de se retrouver hospitalisé nous offre un ressenti particulier; celui de ne plus faire partie de la société. On se retrouve coupé de notre cercle social, de notre vie professionnelle mais aussi quotidienne.

On se retrouve nu. Au sens figuré. Parce qu'on ne nous prive pas seulement de notre liberté mais aussi de notre dignité et de notre intégrité.

On nous retire également nos effets personnels. C'est dans une petite boîte en plastique que l'on dépose nos bijoux, nos affaires de toilette, nos papiers d'identité...

Alors oui, parfois, on a littéralement la sensation que c'est notre identité tout court qu'on a laissée dans cette petite boîte stockée dans l'armoire du bureau infirmier.

Il y a bien entendu la stigmatisation : le regard que la société porte sur ceux qui, comme nous, ont reçu un diagnostic qui les place dans l'imaginaire collectif dans la catégorie des fous. Des malades mentaux. Des dangereux. Mais il y a aussi l'auto-stigmatisation : en pensant que tout le monde nous placera dans cette catégorie; on peut finir par se stigmatiser soi-même.

S'exclure.

Et puis il y a l'humiliation dans certains services : ces soignants qui nous ont traités comme des animaux, ou encore ceux qui ont profité de notre faiblesse du moment. Ils nous ont infantilisés, rabaissés, attachés, mis à l'isolement ou au contraire entassés dans des chambres exigües.

Certains sont allés au-delà de la loi censée nous protéger, en nous agressant verbalement, physiquement ou sexuellement.

Tout cela s'ajoute à une expérience déjà extrêmement douloureuse : celle de la souffrance de l'âme.

Douleur à la sensation inexplicable, elle nous marque dans la chair. Parfois au sens propre, nos cicatrices nous la rappelant quotidiennement.

Et que dire de ce corps qui a tant changé au fil des traitements ? Souvent le chiffre sur la balance s'est envolé plus rapidement que notre souffrance. Cette prise de poids qui nous impacte tant dans notre identité mais aussi dans notre estime de nous.

Et enfin, comment oublier ces personnes que l'on a rencontrées lors d'hospitalisations, avec lesquelles on a refait le monde, alors que l'on planait sous les effets sédatifs des traitements ? Ceux avec qui on a partagé notre intimité, nos peines, nos espoirs et nos rêves ?



Yasmine Blum

Ceux qui ne sont plus là aujourd'hui car ils n'ont pas pu surmonter leur souffrance ?

Comment reprendre le cours de sa vie après avoir vécu cela ? Comment oublier ? Comment « passer à autre chose » ?

Comment oublier la psychiatrie comme on oublierait un amant ?

Alors qu'on ne se reconnaît plus, comment retourner à sa routine ? Reprendre le travail, retrouver ses amis le week-end pour un barbecue, parler de la pluie et du beau temps autour d'une bière ?

Il ne s'agit pas juste d'accepter cette nouvelle version de nous, mais aussi de faire le deuil de celle que l'on est plus, et qu'on ne sera plus jamais.

Cette pensée est effrayante et pourtant, accepter cela est la première étape permettant de rencontrer la personne que l'on est devenu.

La rencontrer, l'apprivoiser, la découvrir et l'aimer.

Parce qu'au-delà de la souffrance il y a eu du positif.

Parce que quand notre identité sociale était stockée dans une petite boîte en plastique, on s'est retrouvé face à qui l'on est au plus profond de nous, débarrassé de tout artifice.

Parce qu'on a survécu.

On a alors développé de nombreuses compétences, capacités et qualités. L'empathie me semble la plus évidente mais penser qu'elle est la seule serait très réducteur.

Si notre regard sur nous-même a changé, celui que l'on porte sur ceux qui souffrent, mais aussi sur la société et la vie en général n'est plus le même non plus.

« Comment oublier ces personnes que l'on a rencontrées lors d'hospitalisations avec lesquelles ont refait le monde, alors que l'on planait sous les effets sédatifs des traitements ? »



Yasmine Blum

Plutôt que de voir ce que nous avons perdu ; saisissons les belles choses qui s'offrent à nous : des relations basées sur des liens sincères, des conversations plus profondes, une vie professionnelle qui a du sens... Il ne tient qu'à nous de faire des choix de vie qui sont en accord avec nos nouvelles valeurs.

C'est ainsi que certains sont devenus des "pair-aidants de l'ombre" comme j'aime les appeler. Ils choisissent souvent de s'orienter vers des métiers du soin ou de l'accompagnement, et, sans révéler ce qu'ils ont vécu, ils insufflent de l'empathie dans la pratique de leur métier et au sein des équipes dans lesquelles ils travaillent.

Parce qu'ils savent.

D'autres ont choisi de ne pas cacher l'étiquette qu'on leur a collé sur le front, prenant le risque que le regard des gens reste focalisé dessus.

En acceptant de s'exposer ainsi, ils ont fait bouger les lignes.

Leurs témoignages sont précieux dans la lutte contre la stigmatisation.

Et surtout, ils sont à l'origine de la création d'une profession : le métier de pair-aidant ou médiateur de santé-pair. Ces personnes rétablies sont intégrées à de plus en plus d'équipes soignantes et apportent un autre regard sur l'accompagnement des personnes. Elles sont le pont entre deux mondes (celui des patients et celui des soignants), qui dans le fond appartiennent au même : celui des humains.

Tout le monde ne devient pas pair-aidant. Mais personne n'oublie.

Sans avoir à montrer notre petite étiquette à tous ceux qui nous entourent,

on peut tout simplement accepter que cette expérience fait partie de notre vie et que c'est grâce à elle qu'on est devenu la personne que l'on est aujourd'hui. Elle peut par exemple teinter de bienveillance notre rapport aux autres. Et nous faire garder en tête, quand une personne souffrant de troubles psychiques est stigmatisée, que c'est une des nôtres.

Finalement, la psychiatrie c'est peut-être comme un chagrin d'amour.

Elle entre dans notre vie par hasard, alors qu'on ne s'y attend pas. On ne l'a pas choisie.

Elle nous fait souffrir.

On finit par la quitter mais on l'a dans la peau. Au sens propre.

Impossible de l'oublier.

Alors pourquoi ne pas vivre avec son souvenir ?

Pourquoi ne pas lui laisser une petite place dans notre esprit, et même dans notre cœur ?

L'amour ne se résume pas à la souffrance, il est aussi à l'origine de très belles choses.

Il peut être un souffle créateur.

Donnons cette possibilité à notre expérience de la psychiatrie aussi.

Créer pour soi, et pour les autres.

De la haine à l'amour il n'y a qu'un pas.

MARJOLAIN JARNAUD

LA CURATELLE RENFORCEE

En France il y a 800 000 personnes sous une mesure de protection tutélaire,
dont 42% de curatelle renforcée, soit environ 336 000 personnes
dont l'âge moyen est de 55 ans.

Force est de constater que même si se faire aider dans ses démarches administratives et sociales (démarches caf, impôts, payer le loyer) est bien pratique dans certains moments difficiles de notre vie, il n'en reste pas moins que la plupart des usager.es n'en sont pas satisfaits et redoublent de plaintes à leur encontre : injoignabilités, retards de paiements, relevés non transmis, turnovers incessants, détournements d'argent... La relation est très tendue et les usager.es sont à bout de force et de nerfs lorsqu'on leur parle de leur curatelle. Nous allons essayer de cerner les différents aspects de cette mesure, paradoxale sur bien des points, à la limite de la légalité et que beaucoup d'organisations dénoncent.

Le rôle de la curatelle renforcée

Période de vie difficile, décompensation, addiction... nombreuses sont les raisons invoquées pour "protéger" une personne qui présente des difficultés à gérer son quotidien et alléger la charge de ses démarches administratives et sociales.

La demande est adressée au juge des contentieux de la protection (ancien juge des tutelles) par vous ou une tierce personne.

Il y a un temps où cette demande est étudiée, afin de vérifier sa pertinence. Si elle aboutit le juge décide de la personne ou de l'entité mandataire qui "accompagnera" la personne dans cette mesure et sera désignée curatrice.

Nous sommes beaucoup à comprendre que l'on fait souvent un peu n'importe

quoi avec l'argent et qu'il nous faut en plus de l'aide avec les papiers administratifs, et en cela nous acceptons la mesure. Mais il est bien sûr possible de faire appel si l'on s'y oppose (voir annexe).

"J'ai subi une violation de mes données personnelles, une privation de la quasi-totalité de mes droits civiques, une infantilisation, une privation de mes libertés fondamentales et de mon droit d'accès à mes comptes."

Mme T

Malheureusement, il y a de grande chance que l'appel n'aboutisse pas, mais il faut se rappeler que cette mesure est quelque chose d'exceptionnelle et ne doit pas être considérée comme permanente ni pour la vie entière. Le but de la curatelle est de devenir dispensable au fur et à mesure du rétablissement de la personne.

Tout au long de votre mise sous protection, le ou la curateur.ice a beaucoup de devoirs et vous avez droit de regards et d'informations sur votre situation.

Nous allons essayer d'y voir plus clair.

Les devoirs de la curateur.ice

Assez vite la curateur.ice doit faire l'inventaire de votre patrimoine, puis établir avec vous un budget mensuel. Il calcule le montant de vos charges fixes puis vous verse, généralement de manière hebdomadaire, un reste à vivre disponible sur votre carte de retrait. Ce sont les actions premières et incontournables du protocole de la curatelle renforcée.

Il y a ensuite une fonction de suivi administratif et d'accompagnement social, mais qui reste variable et floue. En effet, les mises sous protections sont adaptées à la personne selon le juge et il pourra l'aménager en fonction des besoins. Mais dans la réalité cela dépendra surtout du ou de la curateur.ice et de la structure où vous êtes affilié. Les décisions importantes (trouver un appartement, ouvrir des droits, changer d'assureur...) sont référées au juge des tutelles qui donne son accord, afin de vérifier que cela rentre bien dans le cadre de la curatelle, mais rallonge de ce fait l'attente de validation pour la mise en marche du projet.

Par exemple, si vous souhaitez déménager rapidement il faudra quand même attendre la validation du juge, et à cause de cela il est déjà arrivé que, devant partir le plus vite possible, la personne dû payer deux loyers pendant plusieurs mois en attendant la signature du juge pour résilier l'ancien bail.

L'action du curateur passe par une obligation d'information, qui est très rarement respectée mais pourtant nécessaire aux vues des droits fondamentaux de la personne : informations régulières de la situation personnelle, sur les actions entreprises et qui concerne l'usager.e, leurs utilités, leurs degrés d'urgences, ce qu'elles impliquent et les risques encourus s'il ou elle les refuse. La relation de confiance doit être établie et ne peut exister qu'avec un dialogue ouvert en tout temps. (voir détails en annexe).

Le rôle très important d'un dialogue fluide avec le curateur est trop peu mis en avant au risque que nous ne comprenions pas les décisions essentielles pour notre vie au quotidien.



Qui va s'occuper de moi ? Les différents types de mandataires

Les associations

UDAF, ATP, UNAPEI, Groupe SOS, Vitamine T, le groupe "Avec ou les Apprentis d'Auteuil", sont généralement des grosses assos qui emploient des centaines de personnes et qui sont de véritables machines à sous, et le secteur de la tutelle un simple marché financier auquel ils auront répondu.

Une grande majorité d'usager.es se plaint très souvent de mépris, d'arrogance, d'injoignabilité (la plupart du temps on n'a que 2 à 3 heures par semaine pour les avoir au téléphone !), changement de curateur.ice incessant demandant de reprendre chaque fois tout à zéro. Par ailleurs, il y a souvent

des erreurs, des fautes, des abus et vous aurez tout le mal du monde à le prouver au juge des tutelles.

"Aucun de mes droits n'est respecté : je n'ai pas les originaux de mes quittances de loyer, ni d'aucune de mes factures de mon domicile et je les ai demandées plusieurs fois par téléphone et par courrier à ma première mandataire judiciaire qui a refusé de me les fournir, ainsi qu'à ma deuxième curatrice qui a aussi refusé de me les fournir et je vais bientôt avoir une autre personne un mandataire judiciaire avec une boîte postale à Bordeaux et sans numéro de téléphone."

Même si vous pouvez tomber sur une perle rare, très souvent les personnes embauchées dans ces structures n'ont pas l'envie de faire du social, voire carrément l'inverse, avec une morale paternaliste et une attitude méprisante et supérieure.

Pour eux vous n'êtes qu'un malade, et ils ne savent même pas ce que ça veut dire. L'un des problèmes majeurs de cette mesure est qu'elle donne les pleins pouvoirs à tous types de personnes et ceux qui font mal leur métier mettent gravement en danger les usager.es.

A leurs décharges, ils ont en général entre 80 et 200 personnes à "protéger", ont leurs emplois du temps bouffés par des réunions inutiles, doivent rendre quotidiennement des comptes aux différent.es supérieur.es hiérarchiques, aggravant la lourdeur et la lenteur administrative.

Le problème de cela est que les démarches des usager.es nécessitent souvent une rapidité d'action et ce redoublement de responsables est facteur de rallongement du temps d'attente et est extrêmement énervant, fragilisant une personne qui a au contraire besoin de facilité et de fluidité dans sa vie quotidienne.

Les changements politiques, étant de plus en plus libéraux, diminuant les budgets des services sociaux, font que les travailleure.s avec un minimum d'idéaux et de déontologie ne s'y retrouvent plus.

Pour finir si vous décidez d'aller les voir sur place, prévoyez les benzos : ambiance froide, couleurs glauques, chaises de salle d'attente inconfortables, boîtes-parloirs vitrés... l'exemple de l'ATP Marseille qui se situe aux réformés, est assez symbolique car dès qu'on passe le pas de porte, un sentiment de malaise nous prend à la poitrine face à ce décor morbide.



Mon ancien curateur est parti, la nouvelle curatrice refuse le dossier, entre temps des mois d'attente et aucun interlocuteur pour répondre à mes demandes en générale.... je me retrouve depuis peu avec une association ni-çoise injoignable par téléphone... et je sais qu'avoir une association, c'est ce qu'il y a de pire..



Comment sortir de sa curatelle ?



①

Rien de plus simple !



②

hop tu tournes un peu tes hanches

Le privé

"Je ne m'y retrouvais plus, pris dans des logiques administratives chronophage et un changement politique au fil du temps de plus en plus insupportable"

Ambroise Gournay,
curateur privé, à propos de son travail
dans une association

Ces types de problèmes sont apparemment beaucoup moins fréquents dans le privé car le curateur est libéré de tout un tas de contraintes : il a moins de compte à rendre ou d'accord à demander à sa hiérarchie, il a donc plus de temps pour vous répondre et peut aménager ses horaires de travail comme il le souhaite et avoir ainsi une certaine souplesse d'adaptation à nos besoins. Les rapports sont directement plus détendus, il ou elle bosse souvent à demi-

cile, répond au téléphone, cela donne un petit côté plus "personnel" et du coup facilite la création d'une relation de confiance.

Le salaire aussi est plus attractif et motivant, on est sur une convention d'assistant social soit 1500 € dans le public (à peine 120 € de plus que le smic !), tandis que dans le privé le salaire peut être 40 à 60 % supérieur.

Ethique et intrusion

Beaucoup d'usager.es acceptent qu'ils sont en position de faiblesse et ont besoin d'aide et acceptent leur mesure de protection sous curatelle, mais c'est dans sa pratique que cette dernière devient vite insupportable.

Il faut bien se rendre compte en premier lieu que la curatelle est extrêmement intrusive, il va souvent falloir pour l'usager.e de demander une autorisation pour beaucoup d'actes du quotidien : changer de téléphone,

déménager, prendre un peu d'argent en plus pour acheter des vêtements. L'usager.e perd le contrôle de son compte en banque, n'a plus la main dessus : les revenus sont versés sur un compte dont seul le ou la curateurice peut disposer.

Il ou elle gère le budget mensuel, paie les charges fixes et verse chaque semaine "l'argent de poche".

Avec le manque de joignabilité, il n'est pas possible de comprendre le montant versé chaque semaine, d'où un sentiment d'injustice et d'impuissance. Infantilisation, déshumanisation, pour Pierre Bouttier, curateur et chercheur en sciences sociales, beaucoup d'usager.es subissent "la violence de son exercice dans sa forme, la violence des affects ressentis".

Le problème principal et liberticide est que le "contrat social", cette convention entre l'individu et l'état, échangeant droits contre devoirs, donnant l'accès à une personne d'être un.e citoyen.ne est brisé. On est renvoyé au statut d'impuissant et à la marge de la société, ne pouvant rien décider, un peu à l'image des métèques dans la société grecque.

Le curateur ne doit pas porter de jugement sur les dépenses, même si la personne ne souhaite plus respecter le budget établi. Nous avons le droit de craquer et d'acheter des bottes à 1000 euros alors qu'on est pas sûr d'avoir assez pour bien manger.

Il faut être flexible et comprendre que les limites sont faites aussi pour parfois être dépassées. Cette mesure ne doit pas être ressentie comme une punition, mais ce n'est que trop rare.

Alors on se rebelle une fois contre son ou sa curatrice, puis deux, mais cela nous renvoie sentiment d'être ingrats, non redevables de l'aide qu'on nous apporte.

Ce sentiment ainsi que les multiples autres frustrations dues à la curatelle peuvent amener à un abandon des revendications, une détérioration de notre estime, ralentissant considérablement toute émancipation et rétablissement.

Le regard des organisations internationales et nationales

Nombreuses sont les organisations et associations qui contestent fortement ces mesures aux logiques discriminantes.

Ainsi l'O.N.U a établi en 2006 les droits pour les personnes handicapées, et s'insurge contre ces mesures de tutelles, estimant qu'elles vont à l'encontre des droits fondamentaux de tous citoyens.

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines"

Art 12 de la Convention relatives aux droits des personnes handicapées.

En France des associations comme Advocacy dénoncent en 2017 dans un rapport que "le cadre institutionnel français et les dispositifs compensatoires en direction des personnes reconnues en situation de handicap psychique apparaissent très insuffisants et susceptibles de reproduire des logiques d'exclusion et de stigmatisation en contradiction avec la Convention de l'ONU et la loi du 11 février 2005 (égalité des droits et



③

oh je tombe, pas grave
tu continues
à tirer un peu et.....



④

....help...

**Le problème principal
et liberticide est
le "contrat social",
cette convention
entre l'individu et l'état,
échangeant droits contre
devoirs, et donnant l'accès à
une personne d'être
un.e citoyen.ne est brisée.**

des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées)."

Le fait même que ces mesures soient prises et administrées par le ministère de la justice n'est pas un hasard et si sur le fond la mesure se veut aidante, les outils du judiciaire restent inscrits dans le champ du punitif, du répressif et pas dans ceux du social, de l'aide.

La présence du juge est constante durant cette mesure, obligeant l'usager.e à se sentir à sa merci, soumis. Lorsqu'on entend les usager.es parler du juge des tutelles on peut se demander si cette mesure est une assistance ou alors une vraie condamnation.

Nous n'avons rien fait de contraire à la loi, mais nous sommes quand même déconsidérés dans nos droits fondamentaux.

Face aux possibles (mais nombreuses) erreurs dans votre accompagnement l'Etat compte beaucoup sur ce que Pamela Heard et Donald Moynihan appellent le "fardeau administratif": cet ensemble d'obstacles qui "sont parfois des choix délibérés de politiques publiques".

Les auteur.ices de "Administrative Burden" montrent dans leur ouvrage que ces fardeaux administratifs peuvent être le fruit de stratégies politiques destinées à restreindre l'accès à des droits ou des prestations sociales à des populations vulnérables ne possédant pas

les ressources financières et psychologiques pour surmonter ces obstacles.

"La tutelle est devenue une voie de garage liberticide, une petite mort civique contre laquelle cette population, majoritairement pauvre et exclue socialement n'a que peu de recours."

Il est aisé de comprendre que les personnes en situation de souffrances psychiques n'ont que trop rarement la force de se battre seul face à l'Etat pour réclamer leurs droits.

Le système actuel peut donc retourner cette mesure dans le sens opposé à sa création, c'est-à-dire la rendre avilissante et non libératrice, et en plus quasi-

ment impossible à annuler. Aujourd'hui, il y a différentes associations en France qui peuvent aider dans vos démarches afin d'obtenir raison. (voir annexe).

"Et en plus, pour sortir de ce système de protection juridique, je dois trouver moi-même l'argent nécessaire pour avoir un certificat médical de leur liste. Bien entendu, je n'ai pas cette somme. En bref, je suis de plus en plus pauvre et je souffre de plus en plus d'être dans ce système de protection juridique"

Cette mesure a donc une légitimité lorsque la personne est d'accord pour se faire aider et si un vrai travail relationnel qualitatif est entretenu tout au long de cette mesure au bord de l'illégalité. Un accompagnement par une tierce personne pourra vous aider à faire valoir vos droits face aux injustices potentielles (allez dans un G.E.M !)

ANNEXE

On vous donne quelques renseignements mais allez sur les sites internet en fin pour plus de détails, et faites vous aider par une personne si vous n'y arrivez pas tout seul. Si vous êtes hospitalisé, demandez ça à l'assistant.e social.e ou l'éducateur.ice de votre établissement.

La loi

Pour faire un point sur la loi, les deux régimes regissant la mesure de protection sont la tutelle, et la curatelle (simple et renforcée)

"la tutelle s'adresse à une personne qui ne peut agir par elle-même et doit être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Nommé par le juge des tutelles, le tuteur est le représentant légal de la personne protégée. Il agit à sa place. Le rôle du tuteur est double : il prend soin de la personne protégée et assure la gestion de son patrimoine. Le régime de la curatelle se différencie du précédent dans le sens où il est destiné à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir par lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie civile. Par conséquent, la curatelle est une mesure de protection qui ne prive que partiellement l'individu de l'exercice de ses droits : il reste « capable

» d'effectuer certains actes et ne perd pas ses droits civiques. La curatelle 512, dite « renforcée », assure une assistance sur l'ensemble du patrimoine, des ressources et des dépenses, alors que la curatelle 510, dite « simple », concerne uniquement le patrimoine. Toutefois, par le jeu de certains articles du Code civil, ce régime peut aussi faire l'objet d'un durcissement ou d'un assouplissement."

Sebastien breton ("Recherche familiales" 2004)

Obligations du curateur

Très important, le curateur doit donner un guide à votre usage afin que vous soyez informé de ce que vous pouvez faire ou pas.

"Le rôle du curateur est d'assister le majeur protégé dans la gestion de ses biens. En curatelle renforcée, le curateur perçoit seul les revenus du majeur protégé sur un compte

ouvert au nom de ce dernier et assure lui même le règlement des dépenses. Cette mission est effectuée, à titre personnel et gratuit, sous le contrôle du juge des tutelles. La gestion du curateur est faite dans le seul intérêt du majeur protégé, en favorisant si possible son autonomie. Le curateur est responsable des dommages résultant d'une mauvaise gestion."

Service de la protection des majeurs ,
Tribunal d'instance de Chartres

Les biens de la personne à protéger doivent être recensés par le curateur. ice dans un inventaire dans les trois mois suivant l'ouverture de la mesure de protection. Il ou elle se doit d'effectuer un compte-rendu de gestion annuel et avec les pièces justificatives en annexe. Ce document, confidentiel, doit être remis au greffier du tribunal de proximité dont le majeur protégé dépend.

(voir site internet du journal pour plus d'infos)

INAPTE ep 20

PSYCHOPHOBIE

« MÉDIATIQUE »



La plupart des expressions qui évoquent la santé mentale sont appuyées sur les deux mêmes STÉRÉOTYPES :

FOLIE = VIOLENCE

Actu Cameroun

ACCUEIL TOUTE L'ACTUALITÉ

Guerre à Gaza: « le monde regarde la barbarie d'un psychopathe malade et fou » – Erdogan à propos de Netanyahu

Accueil » International » Guerre à Gaza: « le monde regarde la barbarie d'un psychopathe malade et fou » – Erdogan à propos de Netanyahu



L'HÔPITAL ET LA CHARITÉ, TOUSSA...

FOLIE = IRRATIONALITÉ

POLITIQUE ÉLECTIONS LÉGISLATIVES 2024

La dissolution de l'Assemblée nationale vue par la presse internationale : « Emmanuel Macron est-il devenu fou ? »

Les médias étrangers ont, eux aussi, tenté de comprendre le choix du président de la République de dissoudre l'Assemblée dans la foulée de la percée historique du Rassemblement national au Parlement européen.



Ces stéréotypes relèvent de la psychophobie

Ces stéréotypes entraînent des violences
La communauté des fols et le mouvement antipsychiatrie dénoncent depuis longtemps (camisoles chimiques, enfermements...)

Les signaux...
aussi parfois
revendiqués



Les conséquences de la psychophobie sortent, bien sûr, de l'hôpital psychiatrique.

Dans le traitement de l'actualité, il y a régulièrement des allusions à la santé mentale. C'est toujours très moyen...

SOIN SOIN

P

Le Parisien @le_Parisien · 13/09/2024

On ignore ce qui a déclenché « coup de folie » d'un père de famille de 41 ans qui a poignardé à mort sa femme et ses filles, samedi dernier à Mormant (Seine-et-Marne)

Les victimes ont reçu 80 coups de couteau, révèle l'autopsie

Le suspect a été interné

l.leparisien.fr/zqZk



la **PSYCHOPHOBIE**

= discrimination à l'encontre des personnes concernées par des troubles de santé mentale. C'est une forme de validisme.

La stigmatisation y a une part importante

Il y a TOUS CES GENS
QUE J'AIME qui ne vont pas chez
une psy prendre soin de leur santé
mentale à cause de stéréotypes...



Il y a ce genre d'histoires...



En 2018 en Suisse, Mike Ben Peter, un homme noir est mort lors d'une « immobilisation » par 6 policiers. La défense de ces derniers au procès a été basée sur une soit-disant condition psy : « LE SYDRÔME DU DELIRE EXCITÉ »

PSYCHOPHOBIE et RACISME ont en commun de deshumaniser; on retrouve ces deux dans des VIOLENCES POLICIÈRES.

Les personnes souffrant de troubles mentaux sont en réalité très rarement impliquées dans des actes de violence. (*) Elles en sont par contre souvent victimes !



(*) Rapport de la Haute Autorité de Santé sur la dangerosité psychiatrique, 2011

Politique

Un groupe schizophrène ? Les comportements des députés LR passés au crible

Un Etat « schizo », une Europe centralisatrice

Cafouillages

Bordel à l'Elysée : le gouvernement est-il schizophrène ou peut-il se permettre de dire tout et son contraire parce qu'il ne fait rien ou presque ?

Le traitement médiatique psychophobe doit cesser, pour destigmatiser les concernés.

Supprimons le mot « schizophrénie », un terme stigmatisant et un diagnostic discuté

Un collectif alerte, dans une tribune au « Monde », sur les stéréotypes et les idées fausses associés à la schizophrénie et aux conséquences néfastes pour les personnes concernées. Et appelle à un débat national inclusif pour changer cette terminologie. Le Monde - Février 2024

Mais aussi parce que POLITIQUEMENT ça change tout.



Les diagnostics en santé mentale, individualisent les violences alors qu'elles sont permises et encouragées structurellement.



la vie à
croquer

Vite, son blog !

<https://lavieacroquer.wordpress.com/>

GERARD HOF

OU L'HERITAGE DUN PSYCHIATRE REVOLUTIONNAIRE

La trajectoire existentielle de Gérard Hof est une folle tragédie de la révolution psychiatrique française manquée des années 60-70, un destin hors du commun.

Ses debuts au sein du monde psychiatrique

Gérard Hof est devenu psychiatre assez facilement. Brillant élève, il a été reçu haut la main pour le concours des internes en psychiatrie, en 1969, au sein du plus grand hôpital psychiatrique de France: Le Vinatier, à Lyon.

Rapidement, il se rend compte que l'offre de soin est vraiment insuffisante, voire inadaptée. A partir de là, il va dépenser pas mal d'énergie pour lutter contre l'ordre établi. Au début des années 70 il y avait en France, Europe et USA des mouvements contestataires et subversifs qui faisaient beaucoup de bruit et entretenus par des réflexions de nombreux ses intellectuelles et philosophes (Foucaud, Cooper, Deleuze, Gattari..).

De son côté, il participe au Comité de lutttes du Vinatier et contribue à bomber les murs de l'HP. Les tags qui fleurissent à l'époque sont parfois toujours d'actualité, et « Administration cherche psychiatre pour psychiatre » écrit sur les bâtiments administratifs est d'une vérité tout à fait actuelle (de nos jours, le nombre de psychiatres qui partent en arrêt de travail est important).

«LE POUVOIR
SE DOSE
AU MILLIGRAMME»

A côté de la pharmacie centrale de l'hôpital psychiatrique du Vinatier : «Le pouvoir se dose au milligramme» et «Poisons variés». Sur l'église de l'hôpital : «Dieu protège la psychiatrie». Dans le reste de l'hôpital, il y en a encore : «Gardes-fous serrez-vous les coudes » ; «Pavillon coloniale n°2»; «Le schizophrène c'est celui qui n'a pas la réalité dominante» ; «La révolution c'est quand on pendra le dernier psychiatre avec les tripes du dernier administrateur», «interne= interné ?». Grâce au travail de Renaud-Selim Sanli dans la très intéressante préface de de son livre "Je ne serai plus psychiatre" (éditions météores, 2024), on sait que Hof a aussi organisé la résistance de manière collective.



Ses engagements collectifs et son exclusion du monde medical

Au décours de l'année 1972, le comité de lutttes du Vinatier fonde "l'Internationale des Fous Furieux" en lien avec le SPK (collectif allemand "Sozialistisches Patientenkollektiv") créé en 1970. Le SPK, d'orientation marxiste, est mené par un psychiatre au sein de l'université d'Heidelberg. Regroupant plusieurs centaines de personnes, il cherche à transformer le rapport médecin-malade, théorise à outrance la maladie mentale comme pur produit d'une société capitaliste, et impose un rapport de force avec la direction de l'université ce qui lui vaut de subir une répression incroyablement violente.

Rappelons qu'à cette époque la lutte armée bat son plein en Allemagne avec

Un héritage consequent

Peu après, courant 1976, que son livre «Je ne serais plus psychiatre», pamphlet anarchiste et témoignage enragé qui revient sur son parcours de psychiatre est publié aux éditions Stock.

Après une promotion de son livre à la télévision chez Bernard Pivot, les choses vont plutôt mal tournées pour lui. En lien avec des actes de faussaire, il se fait choper en Allemagne et subit une répression extrême. Incarcéré, il est torturé par l'administration pénitentiaire allemande alors sur les dents contre l'extrême gauche.

Il sera libéré quelques mois plus tard avec des séquelles psychiques importantes.

Il s'engage alors dans des luttes anti-carcérales et publie un autre témoignage de son incarcération: "L'obligation sensorielle" sort en 1977 et relate, parfois confusément, son expérience carcérale. Mais son état de santé se dégrade et l'accident de voiture très violent qu'il subi en 1980 l'aggrave encore davantage. Hospitalisé en psychiatrie à plusieurs reprises il finira par mourir en 2011.

Gérard Hof lègue alors un héritage considérable et méconnu. Intelligent et motivé pour révolutionner de l'intérieur le système psychiatrique, il a clamé des vérités d'une lucidité extrême pour aujourd'hui et il contribue à tout ce qui nous semble aujourd'hui pertinent de mettre en œuvre : donner la parole aux personnes concernées, relier les luttes sociales avec les luttes de classe, inclure le corps dans les soins psy, faire une critique radicale de la place du travail dans la société, renverser les institutions coercitives, introduire la question sociale au sein de l'ordre médical pour le faire exploser, créer des collectifs d'auto-support...

Malheureusement, l'ordre établi était trop fort. Malgré des médecins bien plus politisés qu'aujourd'hui, malgré un « milieu » révolutionnaire plus à l'aise avec le sujet de la maladie dite « mentale », malgré une certaine mode littéraire autour de la critique des institutions psychiatriques, le rouleau

compresseur réactionnaire de gauche comme de droite a fini par tout écraser sous son passage.

Ni Gérard Hof, ni les différents collectifs sus-cités n'ont survécu à la République française et ses administrations réactionnaires. Les communs négatifs que nous subissons, tels ces hôpitaux psychiatriques aseptisés et rempli de morgue, il va bien falloir nous en occuper pour les démanteler définitivement. Avec les personnes concernées (de plus en plus nombreuses...) et contre tous les administrateurs du vivant, le combat doit ô combien s'intensifier !

RB

voir préface du livre de Gerard Hof:
«Je ne serais plus psychiatres» p42



FESSENHEIM: Le premier attentat contre une centrale nucléaire

«Le chantier de la centrale nucléaire de Fessenheim est, dans l'état actuel du programme des travaux, un chantier comme les autres. Lorsque la centrale sera en exploitation, les risques d'un tel attentat seront pratiquement nuls», a déclaré le chef d'exploitation de la centrale, M. Staquet, au cours d'une conférence de presse suivie d'une visite sur les lieux des explo-

ou aucun combustible nucléaire ne se trouve à Fessenheim.

DEUX APPELS ANONYMES

Lorsque la centrale sera en exploitation, par contre, toutes les personnes se rendant dans l'enceinte de la centrale seront sévèrement contrôlées. «De plus, les nombreuses mesures de sécurité de la centrale qu'à l'extérieur de la centrale nous permettent d'affirmer qu'il est impossible à quiconque d'opé-

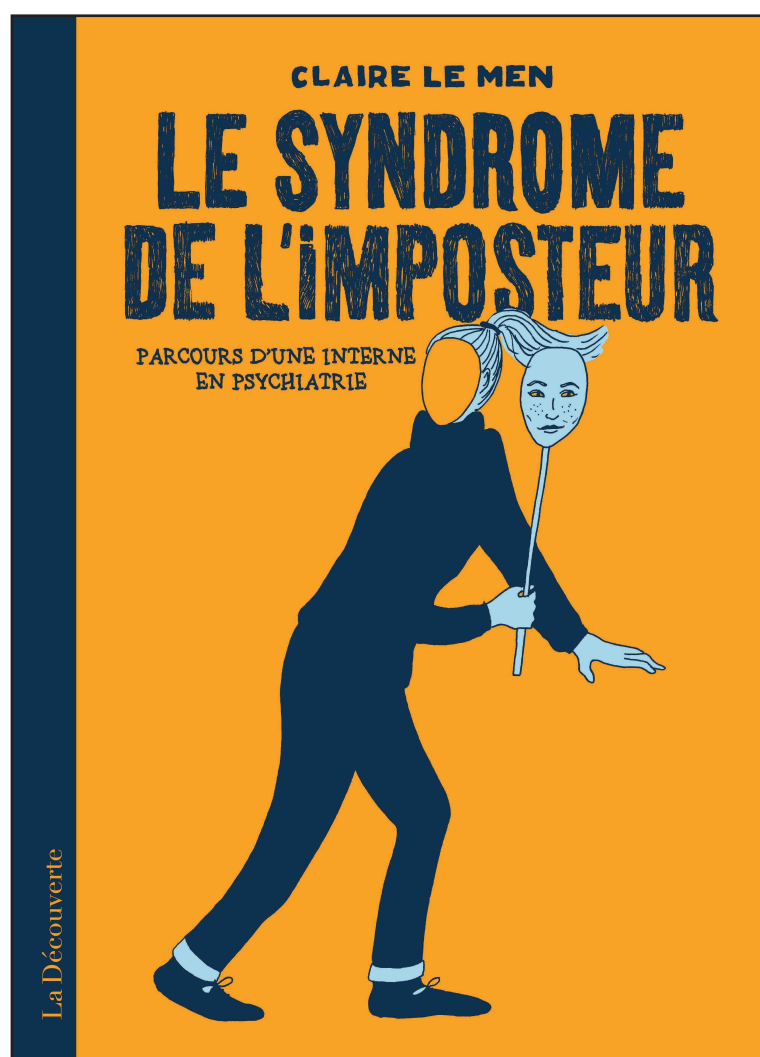
jectif ne concerne ni de près ni de loin l'énergie nucléaire. De leur côté d'ailleurs, les associations écologiques alsaciennes, qui, par le passé, ont, malheureusement, manifesté contre le projet de Fessenheim (conférences, meetings et marches) ont, dès samedi soir, dénoncé ces actes de violence. Cette manière de faire ne correspond pas à leurs méthodes, et le comité de défense de Fessenheim et de la plaine du Rhin pense même que par cet attentat «on vise à faire avorter la manifestation du 25 mai prochain, qui doit réunir Français, Suisses et Allemands, à Fessenheim, pour un moratoire exigeant l'arrêt de l'industrie nucléaire».

LA BD !

Avec
«Le Syndrome
de l'Imposteur»
de Claire Le Men

Claire Le Men est autrice et dessinatrice de bandes dessinées. Elle suit d'abord des études de médecine et se spécialise en psychiatrie, ce qui lui inspire son premier roman graphique, *Le Syndrome de l'imposteur* (La Découverte, 2019) qui retraçait les désillusions de Lucile Lapiere, son alter ego, jeune interne en médecine affectée dans un hôpital psychiatrique, et en proie à un sentiment maladif d'illégitimité. Elle se consacre ensuite à la bande dessinée et l'écriture, et publie *Nouvelles du dernier étage* (Seuil, 2021).

Mon musée imaginaire, seconde BD de Claire Le Men à La Découverte, nous plonge dans une autre facette de sa vie : sa passion pour l'art et l'influence de sa mère, historienne de l'art.



Et les patients ?

Je les ai juste aperçus, mais je commence vraiment les entretiens demain.

Houuu... les entretiens !

Arrête, ça me stresse ! Qu'est-ce que j'y connais moi aux entretiens ?

Et je n'ai même pas de lunettes ou de barbe pour être crédible.

Mais qu'est-ce que tu racontes ?

Tu as déjà fait plein de stages en psy qui se sont très bien passés !



Oui, des stages !

Des stages, Isa !

Mais là, c'est pour de vrai.

Et pour de vrai, à l'hôpital, tu entends :

DOCTEUR !

DOCTEUR...

DOCTEUR...

DOCTEUR !

DOCTEUR !

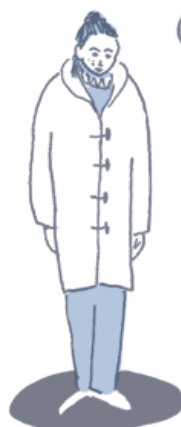
Mais pourquoi il ne répond pas ce docteur ? Il n'entend pas qu'on l'appelle ?

DOCTEUR !

DOCTEUR

Docteur

Docteur



Alors tu te retournes...

Mais derrière toi ...

Il n'y a :



Mais c'est pas tout à fait vrai alors j'aurais l'impression de mentir... Je vais plutôt éviter d'avoir à me présenter, je pense.

Tu vas éviter de te présenter pendant les quatre années à venir plutôt que de dire « Dr Lapierre » ?



Il y a toujours un infirmier qui assiste à l'entretien et quand il va chercher le patient, il dit :

Monsieur A !
Le Dr Lapierre veut vous voir en entretien.



Oui c'est facile, c'est écrit sur mon badge et puis on est souvent introduits de toute façon.



Et hop !
C'est pas moi qui l'ai dit !

Monsieur A !
Le médecin vous attend pour l'entretien !

Comment ça « le médecin » ?
Merde, il n'a pas dit mon nom, ce con !
Je vais devoir me présenter seule !



La psychiatrie n'est pas un jeu d'enfant !!

Dans l'histoire de la psychiatrie publique, la question de l'entourage et de sa non prise en soin fait toujours l'objet d'un tabou. Souvent éludées et mises au banc, les problématiques que connaissent l'entourage d'un.e proche psychiatrisé.e restent encore très peu considérées par le corps soignant. Nous allons voir comment le non accompagnement, en particulier celui des enfants dont les parents souffrent de troubles psychiques est révélateur des insuffisances du système de soin psychiatrique. Nous montrerons également quels retentissements ces insuffisances peuvent avoir sur les trajectoires de vie des personnes. L'article croisera les témoignages d'adultes, Alex et Kristina, ayant tous deux vécu au rythme des internements successifs de leurs mères.

L'enfance en questions : Failles de l'entourage et mutisme psychiatrique.

Historiquement, la psychiatrie publique s'est toujours montrée méfiante à l'égard notamment de la famille, à la fois considérée comme une instance de socialisation rivale dans le rétablissement des personnes et l'endroit où les troubles psychiques tirent leurs origines.¹ La défiance psychiatrique à l'égard de la famille se matérialise par la rétention d'informations et l'enfermement des personnes. Face à ces mises à distance physique et symbolique, les enfants sont sommés de se soumettre à l'autorité médicale. Iels ne peuvent se représenter et vivre les événements que par rapport à ce qu'en dit l'entourage.

Alex : Aussi loin que je me souviens, j'ai toujours connu ma mère mélancolique, je n'ai que quelques rares souvenirs d'elle souriante et heureuse. Ma mère était une dépressive de carrière, son identité sociale pour son environnement proche se réduisait à ses troubles. Disqualifiée tous azimuts, à commencer par sa famille. Une famille très éloignée de la psychiatrie et pour qui les troubles psys relèvent surtout d'une tare qu'on aime à nommer dans son acception disqualifiante. « La maladie des boyaux de la tête » comme aimaient à la qualifier certaines personnes de mon entourage, c'est vous dire à quel point je parlais de loin. Je suis originaire d'un petit village de l'Eure en Normandie où l'interconnaissance est loi, où les préjugés sont nombreux, les rapports de classes installés (installés = marqués?) et où le contrôle social est une injonction intégratrice. Là d'où je viens,

les difficultés psychiques sont surtout tuées et énoncées selon des mots peu reluisants, le sens commun y est discriminant. Ma famille était très éloignée d'une culture du soin et préférait taire ce qui déroge à la norme sociale tout en s'en remettant exclusivement aux « spécialistes ».

Ces représentations sociales négatives sur la souffrance psychique inscriront durablement en moi un regard très dépréciatif sur ma mère et sur moi-même, responsable collatéral de ses troubles et cultivant un sentiment de culpabilité et d'abandon à chacune de ses tentatives de suicide. Lors de ses hospitalisations, j'étais confié à mes grands-parents dans une vie d'enfant que je menais en pointillés. Une enfance troublée faite surtout d'instabilités affectives, de psychophobie ordinaire et d'absence de communication sur les états de santé de ma mère.

¹ Castel Robert, 1981, La gestion des risques: De l'Anti-psychiatrie à l'après Psychanalyse, Les éditions de minuit.

Dans ce mandat que lui confie la société, la psychiatrie représentait pour les adultes qui m'entouraient cette unique ressource à même, de part son "expertise", de soulager les maux de ma mère. Tout au long de sa dépression, nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer un seul de ses psychiatres. Un personnel soignant absent et mutique qui aurait peut-être été à même de soulager et de rassurer l'enfant impuissant et démunie que j'étais.

Kristina : J'ai 6 ans quand ma mère vit sa première décompensation et sa première Hospitalisation à la Demande d'un Tiers faite par ma grand-mère maternelle, aiguillée par mon oncle médecin. Je vivais avec elle, et pars vivre avec mon père. C'est brutal.

Ma mère me manque. Aucun personnel soignant ne me parle, ne m'explique quoi que ce soit. Dans mon entourage, on croit pouvoir me protéger en disant : "ta maman a besoin de se reposer". On essaie de me distraire.



Mais je comprends ce que les adultes croient réussir à dissimuler : sa souffrance abyssale, la violence qu'elle vit et son désaccord avec la situation. Ce que je comprends aussi c'est que ma mère n'est plus "normale". Que mon entourage est gêné pour moi et que je devrais avoir honte puisqu'on n'ose même pas prononcer les vrais mots. Très vite, il y a cette idée : je n'ai pas de chance que ma maman soit comme ça, mais on est fier car je suis forte moi apparemment.

Ça y est, le poison est là : il y a les fortes et les fragiles. La stabilité des personnes leur est intrinsèque, dit la famille de mon père (nombreuse, soudée, aisée) d'une mère célibataire précaire, issue de famille défavorisée et étiolée.



Mon entourage bourgeois ne voit pas que ma mère a besoin de soutien matériel, d'un environnement rassurant et enveloppant. Et puis l'instabilité dure. Les crises sont violentes. On chuchote quand j'arrive. Je suis désolée, je m'excuse pour elle. Elle me fait honte. Bien sûr, on me dit que ce n'est pas de sa faute, mais ça sonne faux. Elle s'échappe de l'hôpital, elle ne réussit pas à arrêter de boire. "C'est à croire qu'elle ne veut pas aller mieux..." Autrement dit, elle est responsable de ne pas s'en sortir. Ses émotions fortes, et notamment sa colère - régulièrement légitime - sont suspectes : "ça va pas dans ta tête ma pauvre Éliane" lui dit ma grand-mère.

Elle ne cherche pas à être méchante, elle est dépassée, ne comprend pas. Elle croit protéger sa fille en cherchant à la secouer. Ce que ressent ma mère, c'est qu'elle l'enfonce.

Fatalement, se dessine dans mon esprit le portrait d'une mère gênante, fainéante et qui dérange. Elle m'aime, je l'aime, sa souffrance me blesse. Et c'est là que se construit le socle de ce qui constituera ma relation à ma mère pendant longtemps : la culpabilité. Ça devient elle ou moi. Si c'est elle, mon énergie se dissout dans mon impuissance de la sauver, mais si c'est moi, j'ai la conviction de la laisser mourir, et ça me déchire le ventre. L'irréconciliable conflit de loyauté.

La psychiatrie est un mur froid et désenchanté, l'enfermement sa sale besogne.

Personne ne va de gaieté de cœur visiter un proche en HP. Des adultes sont souvent choqués d'assister à cette mise en scène hospitalière morbide et de voir les conditions sociales et matérielles dans lesquelles vivent les personnes psychiatriquées à l'hôpital, imaginez donc un enfant...? Ne disposant pas du recul nécessaire pour comprendre l'enfermement et la privation de liberté, les enfants vivent cette expérience sur un plan traumatique, de leur point de vue d'enfant et avec toutes les limites que cela suppose.

Kristina : J'ai souvent rendu visite à ma mère à l'HP quand elle n'avait pas droit aux sorties. J'ai des flashes de murs froids, d'odeurs de cantine et de sons de chaussures traînant sur le lino collant.

Le plus choquant pour moi était l'état des patients que je croisais dans les couloirs : des zombies, la bave aux lèvres et le regard inquiet, incapables d'articuler du fait des traitements. J'arrivais là, j'avais l'impression d'être une princesse, indécente. Habillée plutôt richement quand les

autres étaient en pyjama. Chargée de chocolats, fruits, quand l'enjeu de la journée, de leur côté, se résumait à trouver une cigarette ou 50 centimes pour un café. J'avais honte de moi et pitié pour elleux. Quand ma mère était relativement en forme, je la voyais essayer de rendre ces moments de visite agréables pour moi. C'était impossible. Et ça augmentait ma tristesse. Comme si nos mondes étaient irréconciliables. Depuis, exprimer mes fragilités, c'est courir le risque d'en créer de plus grandes encore chez elle. L'enfant apprend à protéger son parent. Tristement classique dans ce genre de parcours je crois.

Alex : Notre mère, après chaque tentative de suicide, faisait des "séjours" à l'HP. Nous ressentions un sentiment de manque et d'abandon à chaque fois, un rejet vécu comme une désaffection maternelle. Nous lui rendons visite à l'HP, à la condition qu'on nous y autorise. Mes souvenirs de cette expérience sont tristement mémorables. Je ne comprends en rien cet environnement froid et liberticide. Le plus marquant pour moi reste le nombre de portes et de verrous. Dans cet

espace, l'infantilisation fait loi et les personnes doivent s'y soumettre. Lors de nos visites, elle nous arrivait toujours très diminuée par les traitements, nous passions un peu de temps avec elle dans la cour de l'HP. Je repartais toujours de là avec l'impression que son état empirait.

Une scène me marquera profondément au cours de notre première visite. Nous quittons notre mère, et en nous retournant vers son bâtiment, nous apercevons une main au travers des barreaux d'une fenêtre, qui nous salue au loin. Cette main nous dit au revoir une dernière fois, nous la saluons avec une tristesse contenue, et le sentiment que nous ne la reverrons pas de ci-tôt. J'aurais aimé qu'elle remonte dans la voiture avec moi pour que je puisse prendre soin d'elle.

Qu'aurai-je pourtant pu faire du haut de mes 10 ans ?

Ma place d'enfant était comme celle de Kristina, en dehors de toute idée d'insouciance et où la culpabilité était omniprésente. L'arrachement de nos mères à leur milieu familial participera à une culpabilisation en tant qu'enfants, qui aurait pu être levée avec des mots simples.

De l'enfance traumatique au rétablissement à l'âge adulte.

Alex : Le dernier psychiatre qui suivra notre mère dira à notre sœur infirmière (exclusivité et privilège corporatiste) que son passage à l'acte relevait d'un dysfonctionnement intra-familial. Au suivant ! La psychiatrie au summum de sa fumisterie. Ma mère se suicidera à mes 18 ans, le temps pour elle d'avoir exercé sa parentalité jusqu'à cet âge symbolique où dans ses représentations, l'enfance n'était plus censée être.

Du courage, il lui en aura fallu pour exercer sa parentalité et supporter autant de souffrances, ma gratitude envers elle est totale. Je garde pourtant en moi ce souvenir coupable de soulagement à l'annonce de son suicide sans que pour autant la tristesse et l'amertume de sa mort ne me quitte. J'aurai fini par hériter de sa tolérance à la souffrance et appris à me poser dans l'empathie devant les vulnérabilités des personnes. A défaut d'avoir pu prendre soin d'elle quand j'étais enfant, je fais ce que je peux désormais pour accueillir la souffrance des autres et pour combattre les préjugés sur ces satanés troubles psychiques. Peu avant de se pendre, ma mère me témoignera lors d'une chaleureuse et inédite étreinte tout l'amour qu'elle me portait. Elle partira dans la sérénité de ce geste et accomplissement parental aimant.

De mon côté, mon rapport à l'amour et à la psychiatrie se sont construits enfant au travers de l'abandon, de la culpabilité et de la violence. Même si j'essaye de leur faire la nique, ces stigmates sont toujours inscrits dans ma tête. De manière diffuse, ils peuvent être ravivés au contact de situations abandonniques auxquels je peux inconsciemment m'exposer.

Sur un plan psycho-affectif, j'ai pu chercher à rejouer dans ma vie amoureuse certaines scènes mortifères de mon passé. Les traumatismes, les carences affectives et les blessures narcissiques infantiles se sont finalement commuées en force. J'ai de la gratitude pour mon histoire familiale, elle est constitutive de mon être social et politique.



Sortir de la solitude : S'autonomiser face au pouvoir psychiatrique

J'ai aussi compris avec le temps que de laisser partir quelqu'un était une preuve d'amour bien plus conséquente que l'acharnement possessif.

Le suicide n'est pas le plus grand mystère de la condition humaine comme le disait Camus, il est tout à fait compréhensible et objectivable. On appelle ça la prévalence à la suicidalité ou encore les conséquences morbides des oppressions psycho-sociales...²

Kristina: Le parcours psychiatrique de ma mère m'a projetée hors de l'enfance - ou de son insouciance - à l'âge de 6 ans. J'ai très nettement pris conscience, à cette époque, des difficultés sociales desquelles j'avais été jusque-là préservée : la domination du monde des sachants, l'isolement des personnes précarisées, l'inégalité de l'accès à l'emploi, la violence de la stigmatisation, le déni de la souffrance... C'est là que s'est construite ma conscience politique et ma certitude que rien d'humain ne peut advenir sans solidarité ni accueil de l'altérité. Adolescente, j'ai rencontré le théâtre, et le versant absolument joyeux de l'étude de la psychologie humaine. Quand je joue, je ne peux que chercher à comprendre le personnage, c'est ce qui me rappelle à l'amour de l'Autre. Il y a 2 ans, j'ai écrit mon premier spectacle : "La tête loin des épaules". Il y est question du parcours de ma mère, de la médiocrité de l'institution psychiatrique, de la violence de la psychophobie et des rêves possibles d'autres rapports au soin, à la vulnérabilité et aux marges.

Ce spectacle a été un événement énorme dans ma relation avec ma mère. Soudain, elle pouvait se dire qu'elle ajoutait aussi du positif à ma vie. Je continue de penser que sa vie a été brisée par l'institution psychiatrique et ses conséquences sociales.

Mais on sait aujourd'hui affranchir notre relation de toutes ces représentations : elle n'a plus honte face à moi et je la crois.

Le médecin psychiatre est par son niveau de formation le seul détenteur du discours sur la souffrance psychique. Il est donc l'exclusif mandataire du traitement de celle-ci.

Dans l'esprit de la plupart des soignants, les proches sont des parasites qui empiètent sur leur terrain et leur font perdre du temps.

Seulement, j'ai vécu suffisamment de situations détestables autour des hospitalisations de ma mère pour savoir qu'il faut se tenir au plus près si l'on veut éviter les catastrophes. Je dois bien reconnaître ceci : la confiance fait défaut aussi de mon côté. Un

jour, alors que ma mère est internée, elle m'appelle en pleurs, elle est en panique totale : on lui donne un traitement qui n'est plus le sien depuis longtemps.

Le dossier n'est pas à jour, et la parole de ma mère est encore moins écoutée que la mienne. À l'appel de ma mère, j'essaie donc de prévenir la psychiatre qui la suit au CMP. Elle n'est joignable qu'une fois par semaine, le mardi. Il vaut mieux choisir le jour de sa décompensation. A force d'insister, elle finit par me rappeler et m'explique qu'elle ne peut pas appeler le psychiatre de l'hôpital pour lui demander de changer le traitement de ma mère. Elle ne peut pas

parce que ça ne se fait pas. On ne dit pas à un confrère comment il doit travailler. Le corporatisme prévaut sur le bien-être des patient.es.

La conclusion est claire : il est inutile de compter sur une collaboration entre les soignant.es et les proches. Quand j'ai ma mère au téléphone, il me suffit d'entendre l'intonation de sa voix, son rythme, pour savoir si elle est en train de décompenser. Je suis certaine qu'on pourrait éviter l'aggravation de bien des états si les soignant.es accueillaient les paroles des proches et

Pourtant, il existe d'autres manières d'envisager l'accompagnement des personnes au travers de pratiques et discours plus horizontaux.

Kristina : Ma mère m'a désignée personne de confiance. Si j'ai le droit de connaître les décisions prises par les soignant.es à son sujet, je n'ai pas pour autant leur confiance pour transmettre des informations ou poser des questions.



²Durkheim Emile, 2004, Le suicide, Puf.

trouvaient le moyen d'y répondre, en se déplaçant au domicile par exemple. Ma mère n'aime pas l'HP, elle nous supplie systématiquement de ne pas y aller.

Mais aujourd'hui, en France, à moins d'un tissu social extrêmement solide, il n'y a pas d'alternative, passé un certain stade de décompensation.

Nous avons mis en place entre nous un protocole quand une crise pointe son nez. Je dois, au tout début de son mal-être, la convaincre d'aller de son plein gré quelques jours à l'hôpital, de façon à pouvoir en sortir plus vite et plus simplement, car sans Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

C'est comme ça qu'il y a 2 ans un ami l'accompagne gentiment aux urgences de Chartres.

Elle voit un psychiatre, qui détermine qu'elle n'a pas besoin d'être hospitalisée. Il faudra attendre que son état se détériore jusqu'à ce qu'elle jette par la fenêtre suffisamment d'objets pour que des voisins se plaignent, que les flics viennent constater le trouble à l'ordre public et qu'elle soit embarquée de force. C'est décourageant de si souvent constater comment sont balayés

nos efforts. Il reste à veiller au quotidien à dénouer les inquiétudes, à construire un climat rassurant. Ce n'est pas toujours facile pour l'entourage de porter cette responsabilité. Alors la psychothérapie et les espaces collectifs d'entraide sont d'une grande aide.

Si seulement la psychiatrie et les pouvoirs publics les considéraient davantage !

Alex : J'ai dû jusqu'à l'âge de 18 ans me contenter des psychophobes et de l'incurie psychiatrique. J'ai ensuite commencé des études de sociologie et choisi le champ de la santé mentale pour spécialité. J'ai commencé à militer au travers de mon implication dans différents GEMs (groupe d'entraide mutuelle) et collectifs. C'est à cette époque que l'on me parle de l'UNAFAM, une association de familles et d'am.e.s de personnes en souffrance psychique. Les représentations sociales de l'UNAFAM sont encore bien trop éloignées des idées d'autonomisation et d'empowerment, je ne les partage pas. Néanmoins, le corps soignant à l'époque aurait pu nous faire part de l'existence de cette association pour au moins pallier à

ce sentiment de solitude que nous vivions ma famille et moi.

J'ai pu me familiariser avec les pratiques d'entraide, de pair-aidance, d'auto-soutien, d'empowerment etc. Des notions qui recouvrent une approche communautaire du soin au sens large et au-delà de son acception strictement médicale.

J'y ai aussi découvert les récurrences d'un traitement psychiatrique aussi traumatisant qu'oppressant pour les personnes. Je me souviendrai toujours de la saillie inspirante d'un camarade GEMeur qui disait : "S'il existe un réseau mondial des usagers et des survivants de la psychiatrie, c'est bien que la psychiatrie est un rouleau compresseur". Ces réflexions aussi radicales que révélatrices d'une réalité psychiatrique moribonde m'accompagnent et me laissent toujours à penser que la lutte est thérapeutique.

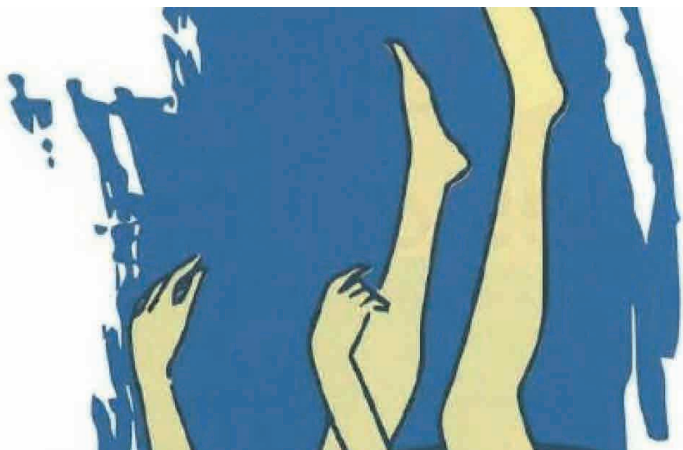
Le combat continue !

Les abus et les manquements de la psychiatrie dominante sont légions, et dépassent bien évidemment le cadre de nos deux témoignages. Il nous semble donc toujours nécessaire de lutter pour faire respecter les droits des personnes psychiatisées.e.s, de les soutenir et de les accompagner dans leurs parcours de soin. Des prises en soin respectueuses existent, cela commence déjà par soutenir la parentalité des personnes en souffrance psychique ; l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) sépare encore trop souvent les enfants de leurs parents psychiatisés, perpétuant ainsi les discours psychophobes. Un accompagnement des enfants et des thérapies familiales pourraient également être proposés et systématisés, et plus globalement une approche davantage communautaire du soin serait en mesure de pallier à toutes ces insuffisances. Ne faisons plus de la solitude et de la culpabilité des sentiments partagés par les enfants qui ont un jour eu le malheur de poser les yeux sur la psychiatrie et son monde!

Kristina et Alex



Lena Madnoodle



LA TÊTE LOIN DES ÉPAULES

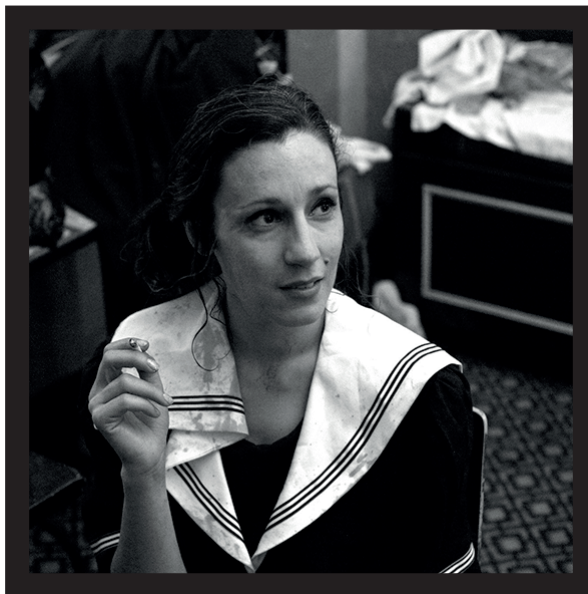
La tête loin

des épaules est une critique théâtralisée du système de soin psychiatrique français. Le point de vue est celui de Kristina, comédienne ayant été confrontée aux troubles psychiques de sa maman suivie en psychiatrie pour des troubles bipolaires. Kristina nous donnera à voir, au travers de son histoire personnelle, ses incompréhensions et ses questionnements sur la psychiatrie. Le décor familial et psychiatrique plantés, Kristina nous déroulera le fil d'une pensée critique et sans ménagement à l'endroit de la psychiatrie et de ses violences institutionnelles. Très rentre dedans le spectacle va progressivement trouver une autre forme de résonance, un échos réparateur pour la comédienne qui proposera des manières heureuses et bienveillantes d'envisager le soin des personnes psychiatisées. D'une dimension très singulière, le spectacle va ensuite se muer en une expérience collective et participative. Les spectateur.rices seront invité.e.s par Kristina à donner vie au spectacle à travers la danse, le mouvement et la parole partagée. Ce spectacle est plein d'une énergie dont les ressorts dramatiques reposent beaucoup sur la colère et la révolte de Kristina quant au système de soin psychiatrique. Des accès d'émotions azimutées et de fantaisies rythment un spectacle qui abonde de tendresse pour les personnes psychiatisées. On alterne à la fois entre l'intime et le politique, dans une nécessaire conciliation des deux registres. Le corps de Kristina ne tient pas en place, ses mouvements et sa gestuelle se déploient dans des élans de révoltes et d'émancipation par le jeu. La tête loin des épaules est un morceau de bravoure anti-psychiatrique qui nous touche et convoque notre empathie à chaque fois que l'on croise le regard d'une artiste sensible et engagée, et pour qui la psychiatrie a laissé un goût amer. La comédienne nous donnera à voir au long de ces 2 heures d'effervescence théâtrale des émotions subversives, violentes et authentiques. Ce spectacle est un témoignage rare et singulier, qui laisse toute sa place à des réflexions heureuses sur le soin, aussi pour mieux comprendre les rouages du pouvoir psychiatrique et de ses traitements délétères.



Yasmine Blum

Elle a largement fait profiter le journal de ses dessins dans ce numéro, une petite présentation s'impose. Merci à elle, puisse t-elle continuer, on kiffe !



Le dessin faisait partie de notre quotidien à la maison. Ma mère était peintre, mon père artisan, on a donc vécu au milieu d'activités manuelles. J'ai échappé de justesse à ma condition de white trash en entrant en classe théâtre dans un lycée artistique.

J'ai ensuite fait des études dans une école des beaux arts municipale, à Avignon. Ces années ont été marquées par l'euphorie de découvertes et les désillusions liées au rapport de forces et aux violences sexistes. L'attitude de certains profs et du directeur était lunaire.

A 28 ans, enfin satisfaite de ce que j'ai produit, j'ai commencé à diffuser mon travail. À ce moment-là, je souffrais de phobie sociale, c'était un exercice franchement désagréable de faire un vernissage, mais j'avais des objectifs à atteindre.

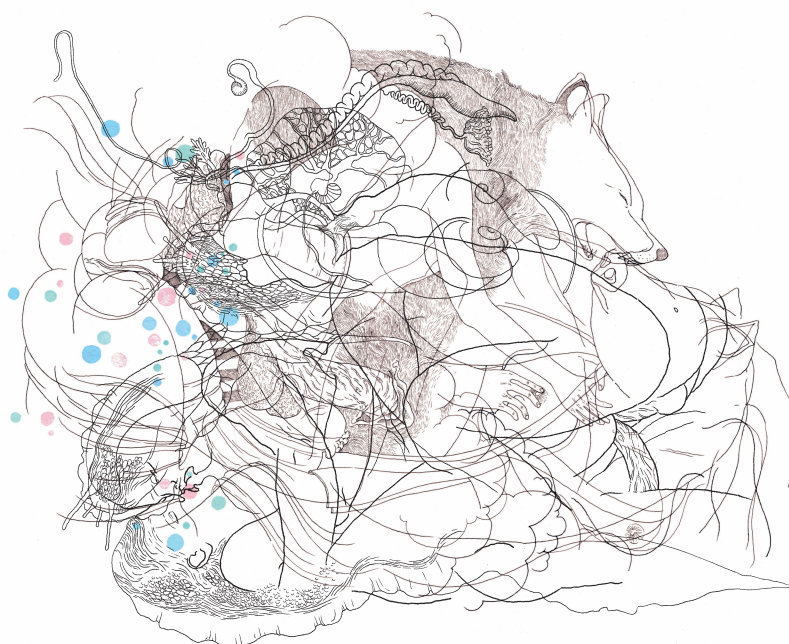
La rencontre avec Marie de Basquiat, comédienne à l'époque, m'aide à organiser ma pensée et des laboratoires d'expérimentations artistiques.

À ce moment-là, je suis usagère en CSAPA et en psychiatrie pour stabiliser un trouble de l'anxiété et des comportements addictifs, et la découverte de la thérapie institutionnelle m'aide à reconsidérer le cadre du soin et la porosité possible entre les rôles de chacun.e.s.

J'entends parler de pair-aidance et ça me fait l'effet d'avoir marché sur la lune.

Parallèlement, je participe à des rassemblements anarcho-queer dans lesquels on travaille des outils de self-défense, de réparations, où la neuroatypie a toute sa place. Dans ce contexte, je reprends la scène et explore la performance avec un engouement total pour le cabaret et la scène drag.

Aujourd'hui, le dessin, l'écriture, le soin, le jeu de scène font partie de mon quotidien. Je parle ouvertement de maladie mentale, de mon hospitalisation, de ressources, et je me suis faite experte de mes troubles, qui sont aussi conjointement liés à mon imagination, à ma mémoire, à ma psyché et à mes talents, en somme à mon potentiel.





POUR QUE S'ATTENUE LA SOLITUDE



Un vécu dont personne ne veut entendre parler

Ça fait 12 ans que je réfléchis sur mon vécu. Initialement empêtrée dans des sensations insupportables, il m'était impossible de m'y plonger, je ne faisais que subir des émotions et des états incontrôlables. Petit à petit, j'ai posé les mots et créé des liens. J'ai commencé à analyser mon passé en rassemblant souvenirs et archives diverses. J'ai lu des témoignages. C'est en premier lieu des faits de violences que j'ai identifiés : des viols et des violences psychologiques dans le cadre d'une relation amoureuse entre mes 15 et 20 ans.

C'est par ces faits «concrets» et «palpables»(1), que j'ai commencé à en parler autour de moi. Les réactions ont été multiples et chacune est accompagnée du silence. Un silence qui lorsque la personne sort de sa torpeur, c'est la peur qui prend place dans ses yeux, la peur à l'idée de devoir réagir.

Sors alors les «Je suis désolée» ou même encore un «je te crois» dans le meilleur des cas. Au début rassurantes, car personne ne me remet en question, le soulagement procuré par ces réactions est rapidement remplacé par la solitude, car après les révélations, le silence est vite revenu. Il ne s'est pas passé grand-chose. Personne n'ose réaborder le sujet et vous êtes même celle qui perturbe et gêne quand vous vous retrouvez à en parler. Personne n'a envie de m'entendre parler de violences et de souffrances. Je ne peux que le comprendre, ce ne sont pas des sujets de discussion agréables. Peu ont été formés et

habitués à écouter les souffrances des uns et des autres et cela se ressent, dans les gestes et paroles de chacun.

Les personnes ne s'en rendent d'ailleurs pas toujours compte, car leur propre histoire personnelle peut empêcher leur capacité à écouter, d'autant plus quand il n'a pas été traité. Devoir mettre à distance sa propre situation pour ouvrir un espace de discussion est difficile mais nécessaire pour que collectivement, nous soyons plus en capacité de recevoir les traumatismes de chacun, pour casser enfin ce silence lourd et pesant qui isole tant les victimes et personnes en souffrance.

Ces réactions m'incite à me taire. Tout m'incite à garder pour moi ce qui me traverse. Ce que je vais finir par faire, en me disant que mon comportement est un problème et que j'en parle probablement de manière trop directe, que ce n'est ni le lieu, ni la personne avec qui le faire. Je me tourne alors vers un espace individuel, conçu pour recevoir cette parole : un psy (2).

Un espace payant où je peux parler de ce que je souhaite et où la personne qui m'accueille est là pour m'aider à aller mieux. Méfiante initialement à cause d'un vécu de violences médicales, j'essaye d'être transparente et de donner aux pros les informations nécessaires pour m'aider. Je ne vais pas le cacher, je ne compte plus les réactions pour m'inciter à arrêter de parler de mon vécu de violences.

«Vous en parlez trop, vous iriez peut-être mieux si vous en parliez moins.» (psychologue).

La violence est traitée par l'oubli, la mise à distance. Pas par tous les professionnels, bien heureusement, mais de manière générale, dans l'espace commun, c'est ce qu'il se passe. Imaginez, vous êtes perdu, détruit par les violences vécues, vous essayez de redonner du sens et une chronologie à ce que vous avez traversé. Vous essayez de comprendre ce qui déclenche vos états et en retour vous recevez ces réactions, alors que vous êtes dans un état de vulnérabilité qui ne vous permet aucun recul.

J'ai alors commencé à en parler autrement. Je travaille la forme, en employant des métaphores et des images, je me mets à dessiner en développant tout un univers personnel et symbolique. J'essaye de rendre entendable mon histoire, au moins à quelques-uns. C'est à moi de prendre les précautions de ne pas mettre mal à l'aise autrui, de ne pas heurter, imposer.

M'obligeant à maîtriser d'autant plus mon discours et ma manière d'en parler pour éviter d'être isolée(3).

Que d'énergie déployée pour juste tenter de faire ma place, de faire que soient entendables les violences et la souffrance dans l'espace commun. Car c'est là tout le

problème, il est implicitement compris par toutes et tous que nous ne devons pas parler de tout ça.

Oui même après metoo et la «libération de la parole»(4), même après le COVID et les nombreuses souffrances psychologiques provoquées renforçant les politiques publiques de déstigmatisation des vulnérabilités psy(5), l'isolement des personnes concernées est toujours présent et ce sont toujours des sujets à taire. Il est parfois possible d'en parler subrepticement, à demi-mot, permettant de recevoir de fébriles réactions.

Cette parole est vue comme intime, qu'on le souhaite ou non, et l'intime est privée. C'est pourtant par le dévoilement de cette parole intime que les féministes des années 60/70 ont mis en valeur combien les violences patriarcales s'insinuaient dans le quotidien, que ce n'était pas juste un problème dans l'espace public ou le travail(6). L'intime est politique, et pas seulement dans la gestion des tâches domestiques. Nos désirs, nos ressentis, tout ce qui construit notre quotidien sont imprégnés par les tensions sociales et nos contextes culturels.

J'ai besoin de commun pour me sentir moins seule

Nous avons besoin de mettre ces vécus en commun pour briser les reproductions de violence, favoriser l'entraide, développer l'empathie et une meilleure compréhension d'autrui. Et cela doit se passer par la compréhension des vécus de chacun, par leur exploration, leur comparaison. Nous avons besoin de la création de communs et notamment de savoirs communs.

Je me vois rechercher un diagnostic, malgré mon regard critique sur leur conception, juste pour pouvoir me sentir légitime, pour pouvoir échanger avec d'autres sur leur vécu et leur expérience, leur gestion des difficultés. Je ne sais pas si cela est significatif du manque d'espace pour construire collectivement sur le sujet. Il est également probable que ma réaction soit liée à une forme d'intériorisation du stigmate. La vulnérabilité psy' c'est du sé-

«Je me questionne sur le fonctionnement de deux espaces aussi différenciés, celui de la psychiatrie, centré sur le symptôme, et celui de la psychologie centré sur l'individu et son vécu»

rieux, et moi, ça va finalement, je sais bien donner l'impression que tout va bien. J'ai fait ça toute ma vie.

J'ai commencé à aller mal vers 9/10 ans. C'est à ce moment-là que je me suis rendu compte que j'avais besoin de beaucoup de temps pour moi et je n'ai que rarement envie de voir des gens, mais respecter cette limite personnelle coûtait à mes relations amicales et j'avais peur de me retrouver à être celle qui serait marginalisée. J'ai donc commencé à répondre à ces attentions, pour éviter la stigmatisation.

J'ai commencé à analyser les réactions des gens aux différentes situations pour les recopier. Je ne suis pas censée ressentir autant face à cette situation, du coup, je prends sur moi. J'intériorise.

Difficile avec ce parcours de se sentir lé-

gitime, de s'assumer, de ne pas avoir besoin de ce qui fait sens dans la société : le diagnostic.

«Le diagnostic est réducteur, vous avez une bonne connaissance de ce qui vous traverse. Pourquoi vous en auriez besoin?» me dit ma psy actuelle.

Elle n'a pas tort et je le sais. Mais comment se sentir concernée quand ce qui permet de faire commun et de se renseigner est quelque chose auquel je n'ai pas accès.

«Vous êtes un cas trop complexe» m'a dit la dernière psychiatre croisée, «difficile de vous donner un diagnostic». Nous ne sommes pas sensés être tous-tes des cas «trop complexes» ?

Je me questionne sur le fonctionnement de deux espaces aussi différenciés, celui de la psychiatrie, centré sur le symptôme, et celui de la psychologie centré sur l'individu et son vécu.

J'ai pu lire beaucoup de critiques des diagnostics psychiatriques pour leur aspect réducteur, mais j'ai également parfois l'impression que l'individualisation à ou-



trance des prises en charge par les psychologues empêche de voir les communs, de mettre en valeur le contexte social dans lequel le vécu s'inscrit et des oppressions dans lesquelles nous sommes tous.tes empêtrés.(7) Le mélange de savoirs vécus avec des «savoirs froids» permet de donner du sens, même à l'insupportable, de prendre conscience des contraintes structurelles, de visibiliser des causes. Donner sens à nos blessures et nos réactions plutôt que de voir seulement des conduites à limiter et à compenser.

C'est pourquoi je considère que nous, personnes concernées, avons besoin de créer notre propre typologie, notre propre manière de classer nos souffrances et vulnérabilités.

Car le problème du diagnostic(8), en plus de la manière dont il peut être utilisé, c'est qu'il est construit par un regard extérieur à l'expérience de la folie. Ronald Laing, psychiatre, s'était réapproprié les diagnostics en développant la phénoménologie existentielle qui se base sur «la nature de l'expérience qu'un individu a de soi-même et de son univers». Pour ce psychiatre, la psychose est une réaction à l'environnement.

Il est donc nécessaire de comprendre la vision du monde de l'individu, de mieux comprendre son vécu, sa perception de lui-même et des relations qui l'entourent pour l'accompagner.

L'idée n'est pas de partir des diagnostics et de faire rentrer les patients dans cette grille mais à l'inverse de partir de leur vécu, de leur expériences sensibles et leur perceptions pour créer son accompagnement. C'est au professionnel d'aller vers ce qui fait sens pour le patient et non au patient de donner sens à la grille d'analyse de la psychiatrie.

Avec le développement de la pair-aidance, de nouveaux types de savoirs ont été développés.

C'est ce qu'analyse Eve Gardien qui différencie le témoignage, d'un savoir expérientiel, d'un «savoir expérientiel pairjectifs». Le témoignage, c'est l'expérience sensible brute. Il en devient un savoir expérientiel comme il y a une mise à distance et une analyse de ce vécu. Ce que la chercheuse nomme savoirs expérientiels pairjectifs, c'est la mise en commun de savoirs expérientiels de plusieurs individus, d'en voir les similarités et les différences

afin d'en construire un savoir commun, accessible et compréhensible pour toutes et tous (personnes concernées ou non).

La création de savoirs part des expériences des personnes concernées par les vulnérabilités psychiques et non de ceux qui les observent. Ce processus de construction des savoirs est essentiel et permettront autant de construire des solutions collectives, de favoriser l'entraide par la compréhension d'autrui que de permettre la constitution de typologies et d'axes de réflexion qui ne partiront pas des préoccupations de l'extérieur (aidants et médecins) mais des personnes concernées.

NOUS NE SOMMES PAS SENSE ETRE TOUS TES DES CAS TROP COMPLEXES ?

Ce changement de point de vue aura d'autant plus d'impact dans la déstigmatisation des vulnérabilités psy. Pour permettre l'écart, la différence, il faut écouter, comprendre l'autre dans son vécu et cela n'est possible que par un dévoilement de l'intime. La compréhension ne pourra pas passer par l'assimilation de diagnostics qui extériorisent et mettent à distance l'expérience sensible.

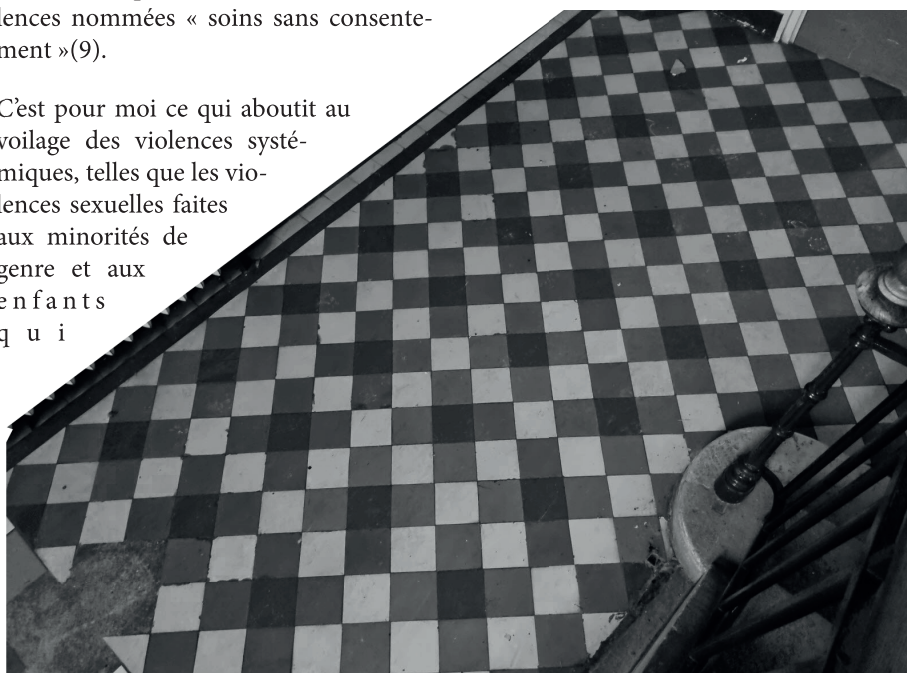
C'est pour moi ce qui aboutit au fait d'accepter l'institution psychiatrique sans remettre en question son fonctionnement très vertical pouvant amener à des violences nommées « soins sans consentement »(9).

C'est pour moi ce qui aboutit au voilage des violences systémiques, telles que les violences sexuelles faites aux minorités de genre et aux enfants
q u i

deviennent une dépression, un trouble borderline ou de la psychose. En disant cela, je pense à des membres de ma famille, dont une qui a été hospitalisée et dont ne ressort que son diagnostic de schizophrénie alors que son vécu a notamment été d'être obligée par son conjoint de se prostituer, et cela pendant plusieurs années.

Je pense aussi à une discussion familiale récente où je pointais le nombre important de vulnérabilités psy' dans la famille et où mon entourage me rétorquait : « Oui mais c'est normal, elle a été traumatisée par le bombardement pendant la guerre », «Oui mais d'un côté, elle a été orpheline très tôt et maltraitée par la personne qui l'a recueillie». « Oui mais son mari était violent, elle a subi des violences conjugales toute sa vie ». Pourquoi « oui mais » ? Pourquoi les violences vécues et les diagnostics psy sont-ils autant décorrelés ? Pourquoi dans leur bouche, avoir des «raisons» de «péter les plombs» impliquait de ne pas avoir de vulnérabilités psy', de maladies psy'. C'est-à-dire une affliction qui se soigne et se répare mécaniquement avec par exemple une médication. La solution miracle qui réduit tout problème à néant, c'est bien connu. J'ai comme l'impression que ça ne fonctionne pas de concevoir les vulnérabilités psy' de cette manière.

Je ne dis pas par là que la médication n'aide pas ou que les vulnérabilités psy' n'impliquent pas de dérèglements biologiques qui peuvent être mesurés et compensés ou même que des perturbations biologiques entraînent des manières spécifiques de réceptionner les événe-





ments qui nous arrivent. C'est juste que percevoir la santé mentale seulement par le symptôme empêche de voir toutes les imbrications et d'en prendre conscience.

Je ne dis pas non plus que toute personne ayant vécu des violences dans sa vie aura des vulnérabilités psy'. Nos capacités de résistance sont diverses et de multiples facteurs rentrent en compte dans la manière dont les choses nous impactent.

Ce que je veux dire, c'est que le diagnostic psychiatrique, comme il est construit actuellement, invisibilise les violences, les causes et de manière indirecte nourrit la silenciation et favorise la reproduction des violences.

Les causes sont à tel point invisibilisées que lorsque ces dernières sont partagées, le soignant se retrouve à ne pas diagnostiquer, car comme l'a dit la dernière psychiatre que j'ai croisée « trop d'éléments rentrent en compte et s'influencent ». Ce trop-plein d'éléments, est-il réellement une spécificité personnelle ? Avez-vous d'habitude accès à ces informations ?

Certains ou certaines pourraient ne pas souhaiter que leur vie soit exposée et il est important que cela soit possible. Je ne dis pas que tout doit être dit à tout le monde, cela reste un choix de l'individu. Ce que je me pose comme question, c'est à quel point ce choix existe dans un monde où la violence est autant silencieuse ?

Tout ce parcours, ces interactions avec les soignants n'ont fait qu'accentuer ma

solitude, ce qui l'a brisé, c'est d'avoir parlé avec d'autres personnes concernées, des personnes concernées par les violences sexuelles et psychologiques, des personnes concernées par le fait de se sentir envahies par le contact social, des personnes concernées par le fait de devoir vivre régulièrement avec des envies suicidaires...

Le soin en santé mentale n'est pas qu'une affaire de soignants.

La pair-aidance, l'entraide, le soutien et tout moment partagé favorisent le rétablissement. Il est important que le soin ne soit pas relégué à des espaces individuels asymétriques(10). De toute façon, il faut être honnête, si tout le monde se retrouve à vouloir voir un psy, cela nécessiterait beaucoup trop de professionnels et cela serait techniquement impossible à mettre en place. Les CMPs sont déjà blindés et les autres espaces sont payants et donc non accessibles à toute la population. Traiter le trauma et la souffrance psy' seulement par l'espace individuel ne pourra jamais permettre à toutes celles et ceux qui le souhaitent d'être pris en charge.

Nous devons donc avancer collectivement sur notre compétence d'écoute. Compétence qui ne devrait pas être seulement professionnelles.

J'aime l'idée développée par Jean Oury de «coefficient thérapeutique» qui montre que nous avons toutes et tous un impact sur le mieux-être d'un individu, à

des échelles différentes et de manière différente. Car l'idée ici n'est pas de dire que nous devons tous-tous avoir les compétences d'un psy. L'ami, le pair, la personne concernée par des problématiques approchantes, l'accompagnateur, le psychologue, le psychiatre, les rôles divers et variés permettent d'avoir différents points de vue, de nourrir les réflexions et les échanges et donc d'agir de multiples manières sur l'individu. Surtout que, comme le dirait Josep Rafanell Orra, il n'y a «pas de soins sans un processus d'échange fabriquant de nouveaux problèmes communs»(11).

Peut-être que vous, vous excellerez dans votre capacité à faire qu'un temps convivial soit agréable et permette d'apporter des touches de joie à votre proche, alors qu'un autre aura plus de facilité à reconforter, rassurer une personne en situation de difficulté.

Développez une manière de prendre soin qui vous convient, qui vous met à l'aise, qui ne vous fait pas dépasser vos limites personnelles. Tentons ainsi collectivement de briser l'isolement et de faire de notre environnement un espace reconfortant et favorisant le mieux-être de tout un chacun.

Créons des organisations collectives, des espaces de discussions et des outils. Croisons nos approches et favorisons la création d'espaces mixtes (soignants, personnes concernées, tout un chacun) afin

de tenter de faire évoluer les pratiques de soins, mais également pour faire recherche collectivement sur les vulnérabilités psychiques.

Faisons que l'inentendable prenne place dans le commun. Et enfin faisons du rétablissement d'un individu une problématique collective où la personne concernée par les vulnérabilités psy décide du cadre, mais n'est pas la seule responsable de sa situation. Le soin n'est pas qu'une affaire individuelle dans laquelle seul soi-même peut vraiment aider.

Lise



Mary Ellen Mark

Références

1 Je mets des guillemets car si pour les personnes à qui j'en parlais le mot « viol » avait une signification très forte, je ne me sentais personnellement pas très légitime de l'associer à mon vécu, même après l'avoir identifié une première fois. Ces violences ne sont donc, pas si concrètes que ça pour moi et il m'arrive encore de douter de leur gravité.

2 J'ai vu principalement des psychologues (10aine) et également quelques psychiatres (4)

3 ok super, j'ai réussi à développer tout ça, mais combien de temps cela m'a pris ? J'ai eu la chance d'avoir ce temps qui m'a donné la possibilité de faire cette forte introspection. J'ai également conscience que mon bagage universitaire m'a permis de développer des outils d'analyse et également de faciliter l'accès à un certain type de création, de discours qui est plus facilement entendables par tout un chacun. Le fait d'avoir été en partie imbibée de culture hégémonique, notamment en art, m'a facilité dans le fait de développer de multiples manières d'en parler. Je me questionne alors sur les moyens disponibles et accessibles existants pour tout un chacun pour favoriser une démarche de reconstruction.

4 Valérie Rey Robert, et il ne restera que la colère, <https://www.crepegeorgette.com/2017/10/19/colere/>

5 Priorités et grandes causes nationales du gouvernement Barnier (aussi furtif soit-il, cela montre à quel point c'est devenu un sujet)

6 Je fais référence au slogan « L'intime est politique » / « Le privé est politique » qui a permis la mise en valeur de l'exploitation des femmes dans la vie domestique des couples hétérosexuels

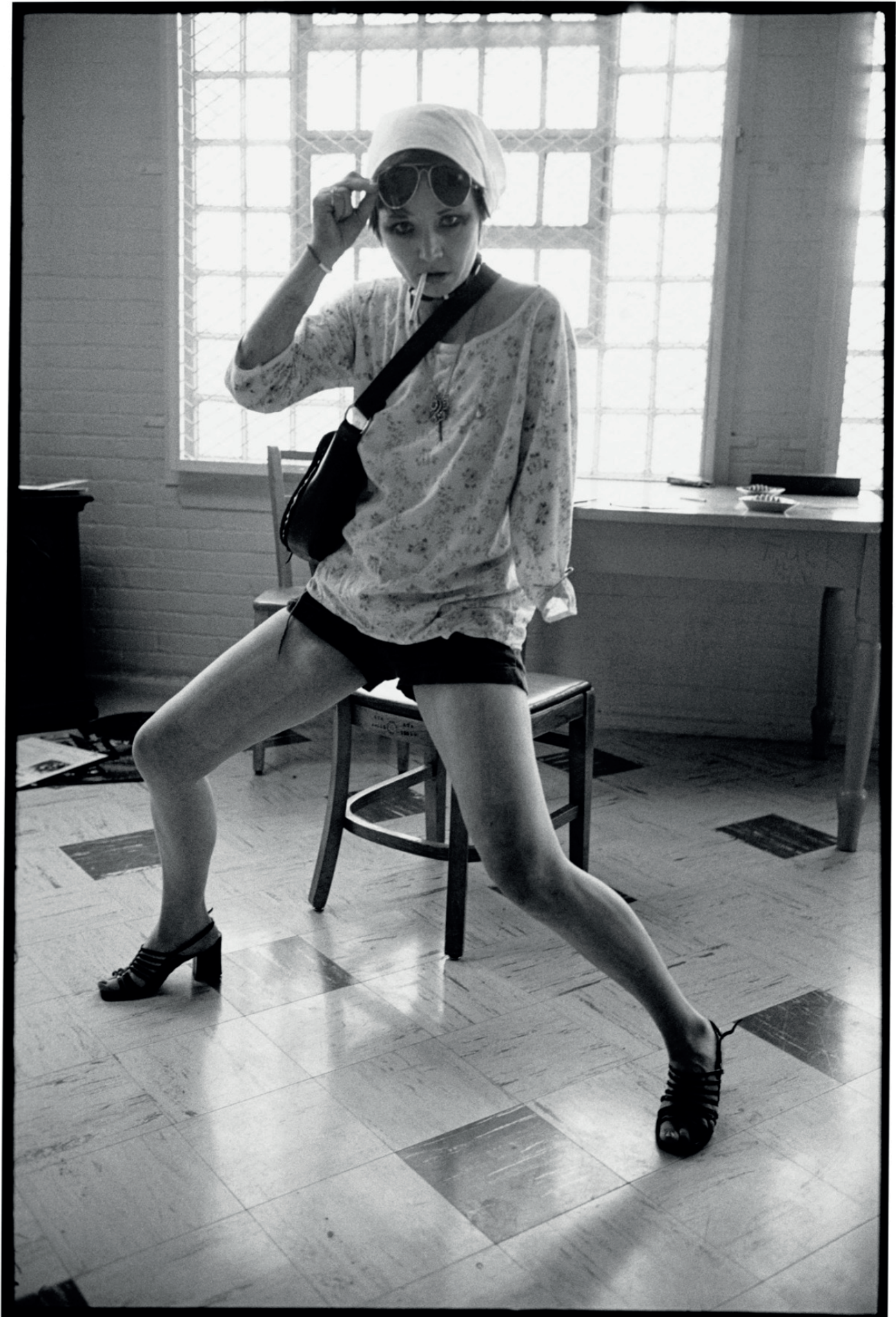
7 Inventer une thérapie féministe, un podcast à soi, https://www.arteradio.com/son/61686022/inventer_une_therapie_feministe

8 Je fais référence ici au diagnostic psychiatrique inscrit dans le DSM et le CIM.

9 Voir le fanzine du GEM l'antre-2 « c'est du soin si c'est contraint ? » <https://unesibellefolie.com/wp-content/uploads/2023/01/livret-cest-du-soin-si-cest-contraint-gem-lantre-2-derniere-version.pdf>

10 Changement de soignants réguliers ne permettant pas un suivi pertinent. Temps d'attente énorme etc.

11 J. R. I Orta, 2022, En finir avec le capitalisme thérapeutique, p. 10



Mary Ellen Mark

En souvenir de Claire

**Depuis des années je suis en colère... et cette colère ne sert à rien.
Elle fait du mal à mes proches et à moi-même.
Je ne savais pas comment m'en dépatouiller
et puis un jour j'ai eu une idée.
Mille excuses !
Je m'aperçois que, j'embrouille les choses.
Je vais tenter de faire plus simple en commençant par le début.**

Ma sœur Claire est morte le 29 juillet 2016 dans l'hôpital Saint-Anne quelques jours après que l'on ait introduit un nouveau neuroleptique dans son traitement. Personne ne m'a prévenu de sa mort. Je l'ai appris par hasard en lui rendant visite le lendemain. L'infirmière qui m'a ouvert la porte du service m'a conduit dans un bureau et m'a informé un peu embêtée de sa mort « naturelle » avant de me tendre
d e r e c h e f
u n s a c
p o u b e l l e
c o n t e n a n t
s e s a f f a i r e s
personnelles, à prendre ou à laisser. Aucun des psychiatres qui l'avaient pris en charge n'a voulu admettre la possibilité d'un accident iatrogène. J'ai dû me charger moi-même de déclarer la suspicion d'effet indésirable et Saint-Anne n'a pas collaboré avec la pharmacovigilance pour évaluer la responsabilité du traitement dans sa mort. L'aléa thérapeutique existe pourtant dans tous les domaines médicaux et il est très important pour tous, médecins comme patients, de l'évaluer. Loin de cette approche les psychiatres concernés sont restés enfermés dans un déni sans fin. Et pourtant la mort subite fait partie des effets indésirables rares des neuroleptiques. Rare signifie moins d'un cas sur mille selon le Vidal ce qui ne dit sans doute rien à personne. Soyons concret. Les faits sont documentés : les neuroleptiques entraînent 1 à 5 morts subites pour 1000 années de traitement.

Par exemple 240 000 personnes prennent de la quétiapine (Xeroquel) en France. Dans l'hypothèse basse cela fait 240 morts « naturelles » par an, soit un gros avion moyen-courrier plein à craquer – ce qui n'est pas rien – d'autant plus que la quétiapine n'est qu'un neuroleptique prescrit parmi d'autres. Claire était donc morte pour rien, vraiment rien, et je bouillais de colère dans mon coin. Et puis j'ai eu
u n e i d é e , j e
n e d e v r a i s
p a s , m a i s
c ' e s t v e n u
c o m m e

cela, sans faire exprès en faisant la cuisine, je n'y suis donc presque pour rien... J'allais poser une plaque en son souvenir pour qu'elle sorte un peu de l'invisibilité. Cela ne servirait sans doute pas à grand-chose mais peut-être que cela me ferait du bien. Où mettre cette plaque? Le portail d'entrée de Saint-Anne me semblait le lieu idéal mais la plaque risquait fort de ne pas y faire long feu. Et puis j'ai pensé à la statue du docteur Philippe Pinel, qui selon la légende aurait libéré les fous de leurs chaînes en 1793. Libérer les fous, cela me semblait un beau projet, toujours actuel. Le huit mars 2025 la plaque était posée. J'y ai mis mon nom, mon prénom, mon titre et ma photo. Maintenant j'attends. Je ne sais pas qui va venir : des hommes en blanc ou des hommes en bleu ?

François Besson

240 000 personnes prennent de la quétiapine (Xeroquel) en France. Dans l'hypothèse basse cela fait 240 morts « naturelles » par an.

en souvenir de



Claire

son frère,

*morte à Saint Anne
de son traitement
le 29 juillet 2016*

le docteur François Besson



**Témoignage de Treize, usagère de la psychiatrie qui a écrit le livre
«Charge». Sans fard ni artifice, elle nous parle de la violence institutionnelle et de la malveillance des protocoles de soin.**

Elle m'a contactée dans instagram pour m'inviter à venir parler de psychiatrie en tant que survivante.

Ça a pris tout mon corps. Je m'en souviens encore, comme si c'était tout à l'heure. C'est la toute première fois depuis que Charge est sorti.

La première fois que quelqu'un sait et me dit que j'ai survécu, et pourtant c'est tout raconté dans mon bouquin. Alors ça m'a mis les larmes. Elles sont sorties, directement, j'ai même pas eu le temps de leur dire qu'elles pouvaient, qu'elles étaient déjà dehors. Et c'était pas des larmes de tristesse, c'était des larmes de soulagement : une forme de reconnaissance qui répare un quelque chose, quelque part à l'intérieur.

Puis le jour est là et on y est, je suis assise avec les autres, tout le monde nous écoute et on va dire les histoires. Je suis la seule qui va pouvoir dire son histoire, les autres ne sont plus là pour le faire. Qu'ils reposent en paix. Le validisme permet de tuer.

Charlotte a été tué par un traitement psychiatrique, Childéric a été assassiné en isolement à l'HP, Babacar était en détresse psychique quand la police l'a exécuté. Childéric et Babacar sont des hommes noirs, le racisme permet de tuer.

Leurs familles portent le courage de venir nous dire. C'est important de se

dire les morts, leurs histoires, de dire les vies qui ont été prises. C'est important de partager les souvenirs pour les proches, de se recueillir, de faire prière si on a des croyances. C'est important. Chaque histoire.

«C'est pour ça que
je viens dire mon
histoire.

Parce qu'on est pas
assez nombreux,
à mon goût.»

Quand mon tour arrive, je dis pour les dix années de camisole chimique. Je parle des violences psychiatriques parce que j'ai envie qu'on ait collectivement plein de courage pour les dire et que je sais que les forces des uns nourrissent les forces des autres. Je le fais car j'ai besoin de croire qu'un jour ça cessera, je le fais car l'espoir tisse du désir de vivre, je le fais car je rêve qu'au bout Justice viendra, et même qu'on sera partis depuis longtemps mais qu'Elle viendra quand même dessiner un éclair sur nos mémoires.

Les survivants des violences psychiatriques n'ont pas assez de récits. À vrai dire on est pas assez nombreux pour les faire car plein d'entre nous sont morts ou enfermés ou défoncés de mé-

docs ou dans l'emprise médicale, j'y ai été dix années je connais bien le sujet. C'est pour ça que je viens dire mon histoire. Parce qu'on est pas assez nombreux, à mon goût.

Les survivants des violences psychiatriques n'ont pas de justice et ça fait partie de ce qui rend fou. Les violences psychiatriques sont des violences d'État, tout est organisé pour, depuis les pouvoirs qui sont donnés par la loi aux médecins jusqu'à l'absence totale de sanction qui viendrait limiter les abus, en passant par les gros profits des labos pharmaceutiques, jusqu'aux experts de mon-cul-sur-la-commode qui viennent parler de nos vécus sans rien en connaître. Vous avez remarqué qu'on dit le corps médical ? C'est parce qu'ils font bloc tous ensemble, ils se couvrent et ne se dénoncent jamais, ils font un seul corps, tous ensemble. Nous, en face, on a chacun que le notre, de corps.

J'ai raconté les dix années au pays psychiatrique, mais je dis jamais rien des séquelles. Pourtant elles sont là dans ma vie comme un vieux papier peint sur un mur, elles ont été bien collées de partout à l'époque, elles me font manquer d'air et la déco est glauque. Elles se décollent, par endroit je pars en lambeaux :

J'ai des hallus, ça fait des mois, ça va ça vient. Ça perturbe ma vision, ça me fatigue, et les trucs que je vois, c'est pas

Eh ben alors ?
c'est pour votre
bien, hein ?

vraiment joli. Je les évite, je fais abstraction, mais elles sont là dans mes yeux. Ce rapport au réel qui s'écarte, c'est à cause de toute la confusion qu'ils ont mis dans ma tête à l'époque où je mangeais leur gaslight matin midi et soir.

Pffff, toujours les
mêmes

Je fais encore des crises de claustrophobie neuf ans après, ça c'est à cause de la camisole, quand il avait réussi à m'enfermer dans mon corps avec son ordonnance.

Je supporte plus aucune contrainte si je la comprends pas, ça complique l'accès aux soins, ça c'est à cause des médocs que je devais me forcer à prendre quand ils m'avaient dit d'être obéissante et que je l'avais fait, d'obéir, parce qu'ils avaient menacé de m'électrochoquer le cerveau si je le faisais pas.

J'ai des crises de pleurs à cause des viols, et je dois faire attention dans les situations où ya du monde car si on me touche je me sens agressée et que ça peut glisser vers un délire de persécution. Ça c'est parce qu'au pays psychiatrique, en dix ans personne n'a jamais eu l'intention de me soigner des violences sexuelles. Et pourtant à mon arrivée j'avais 20 ans et déjà une liste à présenter.

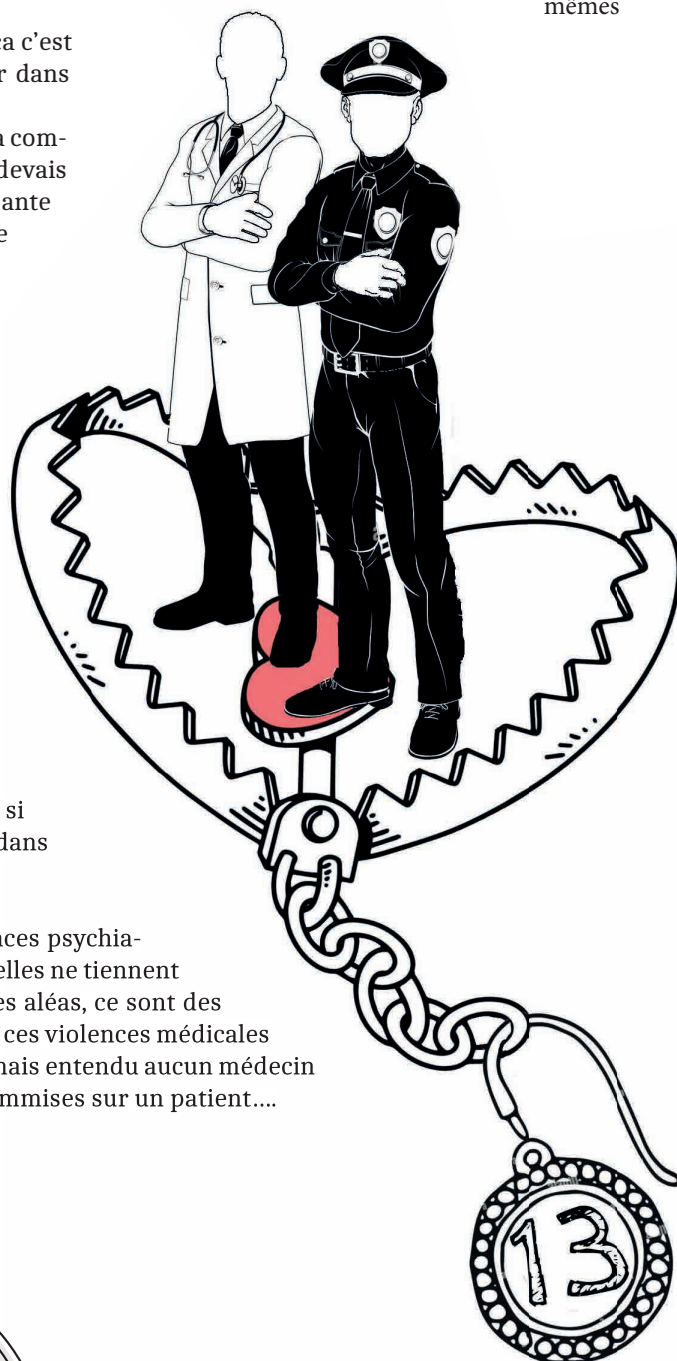
Ces pleurs-là c'est pas des pleurs de tristesse non plus. Les pleurs de tristesse ils soulagent quand on les laisse couler, alors que ceux là... c'est ceux qu'on crache, c'est les pleurs de détresse, ceux qui font du mal en sortant et qui s'arrêtent pas.

Voilà, quelques exemples.

Pourtant moi j'aime rire, j'ai l'imaginaire heureux, je suis si douce avec ceux que j'aime. N'empêche ya ces séquelles dans ma vie. Tous ces lambeaux...

Alors que personne n'oublie, quand on vient dire les violences psychiatriques, qu'il faut protéger nos paroles à tout prix, parce qu'elles ne tiennent qu'à un fil. Que personne n'oublie qu'en face ce sont pas des aléas, ce sont des violences d'État, et que tout le monde garde bien en tête que ces violences médicales sont organisées. Les médecins voient et se taisent. Je n'ai jamais entendu aucun médecin témoigner contre un de ses collègues pour des violences commises sur un patient.... et vous ? Ils ont l'impunité. On a que nos récits.

Au pays psychiatrique,
All Doc Are Bastards.



Treize.



Une brève
histoire

Au moins sur le papier, c'est quoi un GEM ?

Derrière cet acronyme très peu évocateur, par définition un acronyme brouille toujours la compréhension des personnes non familières au langage administratif, se cache une formulation bien plus engageante qui est celle de "Groupe d'entraide mutuelle". Ça claque comme appellation non!?

Cette terminologie a donc été consacrée par la loi de 2005, "sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap". Ces nouveaux espaces sociaux ont vocation à favoriser l'inclusion des personnes étiquetées handicapées psychiques. C'est en quelque sorte une compensation sociale et un espace préventif qui permet aux personnes atteintes de troubles psychiques de rompre avec l'isolement, de refaire lien avec l'extérieur en s'inscrivant dans un collectif, et enfin d'éviter des réhospitalisations toujours trop délétères.

Ce qui fait la particularité et la singularité de ces espaces, c'est qu'ils se veulent indépendants des institutions médicales ou médico-sociales. Il s'agit

Le 11
Février dernier,

il était question pour les partisans.annes de la complaisance à l'égard du pouvoir de célébrer les 20 ans de la loi de 2005 sur "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées." Une loi qui vaut ce qu'elle vaut mais qui a permis la création de nouveaux espaces sociaux et d'accueil pour les personnes en situation de souffrances psychiques : Les groupes d'entraide mutuelle (G.E.M).

Les 20 ans de la loi nous donnent l'occasion de faire un état des lieux sur le passé et l'existant, et par rapport à des espaces qui ont vocation à travailler les idées de changement social. Devant la complexité de l'histoire des GEMs, cet article n'aura d'autres prétentions que de dessiner une esquisse quant à l'historicité de ces derniers, et ce sans prétendre à une quelconque exhaustivité.

de revendiquer pour les membres de ces groupes, la capacité et le désir de s'émanciper du cadre contraignant de l'institution qui ne leur permet pas une réelle autonomie. Les GEM s'inscrivent dans ce mouvement politique et social plus large qu'on appellera la désinstitutionnalisation, à savoir que dans le cadre de la psychiatrie, l'hospitalo-centrisme d'antan ne doit plus régir de manière exclusive le traitement social de la souffrance psychique. Elle n'est plus le monopole du pouvoir médical mais doit s'appréhender du point de vue des conséquences sociales qu'ils peuvent avoir sur la vie des personnes (précarité, isolement et exclusion sociale, discriminations etc.,).

Ces lieux fonctionnent sur le mode de l'autogestion, du moins nous y reviendrons, cette idée reste inscrite dans l'esprit des premiers GEM. Ce sont donc les adhérent.e.s qui élaborent, discutent du fonctionnement de l'espace et de la mise en place des projets collectifs. Cet investissement général, dans la vie associative, permet donc à des personnes souffrant des phénomènes de stigmatisation et de disqualification sociale de se réaliser entre pairs, d'égal à égal, de se réinscrire socialement et de reprendre confiance en leurs capacités psycho-sociales.

Ainsi, « *C'est un cadre qui offre des repères dans l'espace et dans le temps pour permettre aux personnes de tester leur capacité d'autonomie (...) de prendre des responsabilités et reprendre ainsi du pouvoir sur leur vie et leur devenir* »¹. En effet, il y a aussi une différence entre l'organisation et le fonctionnement des institutions susceptibles de les accueillir (Hôpitaux de jour, Etablissement et service d'aides par le travail...) et le fonctionnement des GEM. Dans le cadre de ces associations, ce sont les membres qui fixent les règles, organisent l'espace et les temps d'activités.

Cet investissement général, dans la vie associative, permet donc à des personnes souffrant des phénomènes de stigmatisation et de disqualification sociale de se réaliser entre pairs, d'égal à égal.

Ils ne sont plus dépendants de la volonté et des contraintes institutionnelles. Aussi, l'asymétrie relationnelle qu'opère l'institution disparaît dans ces lieux pour laisser la place à des rapports sociaux égaux, basés sur l'entraide et l'écoute mutuelle. Le travail collectif en coopération encourage les individus à entrer en relation les uns avec les autres. C'est pourquoi ces espaces favorisent une certaine resocialisation des personnes étiquetées handicapées psychiques pour lesquelles les difficultés relationnelles restent le désavantage social le plus handicapant.

Pour ce qui est des publics accueillis, on peut dire qu'il y a autant de GEM que de manière d'envisager l'accueil. Il est en effet à géométrie variable, si l'accueil est inconditionnel dans certains GEM, il peut être plus sélectif dans d'autres. Un des atouts de ces espaces repose aussi de ce point de vue au niveau de leurs plasticités. Des personnes marginalisées et/ou décrochées socialement n'ayant aucun parcours en psychiatrie peuvent ainsi s'inscrire dans le vie du groupe si bien sûr les adhérent.e.s du GEM acceptent au préalable d'ouvrir le lieu à d'autres profils.

Niveau financement, chaque GEM peut bénéficier d'un financement d'environ 75 000 euros par an émis par l'ARS (Agence régionale en santé). Ce financement comprend pour l'essentiel la location d'un local, le salariat d'animateurs.rices et le financement des activités.

Pour se constituer en GEM, une des conditions suppose que le futur GEM soit parrainé par une association inscrite dans le champ de la santé mentale. On compte parmi les plus connus l'UNAFAM, Advocacy France, la FNAPSY etc., Ces associations, toutes reconnues par l'ARS dans leurs mandats de parrains, ne partagent pourtant pas toutes les mêmes philosophies.

Si l'autonomie, l'entraide et l'horizontalité, au-delà d'être des notions séduisantes pour tous les sympathisant.es de Kropotkine², ce sont d'abord des rapports sociaux et des modes d'organisation sociales qui s'inscrivent historiquement dans les fondements même des premiers GEMs.

Pour autant, on ne peut de manière dogmatique prétendre à une uniformité des pratiques et à une autonomie dans l'absolu des personnes et de ces espaces. Les GEMs sont traversés par de nombreuses tensions. Le contrôle social et administratif exercé par l'ARS, les modes de gouvernance variables selon les conceptions des animateur.rices, les regards différents sur la souffrance psychique selon les associations marraines, le degré d'ouverture des GEMs sur la cité, leurs précarité matérielle et budgétaire etc., sont autant d'éléments qui nous permettent d'affirmer qu'il y a autant de pratiques que de GEMs aujourd'hui en France.

Non! La question de l'autonomie n'est pas tranchée, ni même acquise et est au travail tous les jours dans la quotidienneté de ces espaces. Des espaces qui représentent pourtant et de fait de formidables petites machines sociales qui mériteraient d'être largement déployés au vu des ressources et des possibilités qu'elles peuvent représenter en termes d'autonomie sociale et de solidarité.



Mr Gem

La préhistoire des GEMs : La tentation sociale de la psychiatrie.

Ces nouveaux espaces sociaux que sont les GEM ne tombent pas du ciel et ont peut remonter très loin dans l'histoire de la psychiatrie pour voir émerger des pratiques qui partageraient une affinité élective avec les GEMs actuels. Sans conclure de manière naïve à un mouvement linéaire et irrépressible de l'Histoire vers les idées de progrès, la genèse des GEMs est surtout morcelée et plurielle, faite de ruptures et de continuités. Elle est le produit d'allers-retours incessants, inspirés de formes sociales anciennes et récentes qui ont traversé toute l'histoire de la psychiatrie française.

Si les GEM sont considérés de nos jours comme des espaces amenés à pallier aux conséquences sociales de la souffrance psychique, il existait déjà dans l'esprit de la première génération d'aliénistes et de psychiatres l'idée selon laquelle, ils devaient aussi apporter une réponse particulière quant aux



Soin ordonné par un ordre religieux

retentissements sociaux de la “maladie mentale”. En effet, c’est en vain que l’on chercherait une conception et une stratégie thérapeutique qui ne soient intimement liées à une finalité sociale, ou des notions de la maladie et de la guérison qui ne soient orientées par celles de la réadaptation sociale.

On pourrait remonter jusqu’à la fondation en 1841 de la première société de patronage dans l’Ordre de la Salpêtrière par Jean Pierre Falret, médecin psychiatre élève d’Esquirol. A cette époque, la psychiatrie envisage déjà une extension de son intervention au-delà de la structure asilaire. Les sociétés de patronages recevront les individus guéris ou en voie de guérison, dans le but de les resocialiser et de les protéger contre la misère. Contrairement à l’idée reçue, l’asile ne représentera pas la structure d’assistance psychiatrique unique. Néanmoins, les sociétés de patronage auront du mal à se répandre, notamment en raison de la méfiance de nombreux aliénistes attachés à une vision univoque et hospitalo-centrée du soin.

Aussi, considéré comme les éléments

d’une rupture dans le système de soins, les dispensaires d’hygiène mentale que l’on a également nommés « services libres » vont faire l’objet d’une attention particulière de la part des pouvoirs publics à l’époque du front populaire. Ils seront officialisés par la circulaire Rucart du 13 Octobre 1937. Ces quelques expériences extrahospitalières de l’époque et cette volonté de la part de certains aliénistes d’aller vers plus de social dans le traitement de la souffrance psychique (sociétés de patronages, services libres, dispensaires d’hygiènes mentales etc.) resteront marginales et ne peuvent être affiliées à celles qui naîtront au lendemain de la seconde guerre mondiale. Ainsi, la psychiatrie aliéniste ne dépassera pas pendant plus d’un siècle ses frontières classiques, des frontières régies par les idées d’ordre et de discipline.

Il faudra attendre les années 40 pour voir émerger une manière progressiste d’envisager socialement la question de la souffrance psychique. Créés en France, pendant la seconde guerre mondiale, notamment en 1942 à l’hôpital de Saint Alban, les clubs thérapeutiques représentent des espaces dans lesquels on retrouve les éléments organisationnels et philosophiques des GEM. Ces clubs ont permis de mettre à jour des capacités psycho-sociales insoupçonnées et de prise de responsa-

bilités chez des patient.e.s jusqu’alors maintenu.e.s à l’hôpital psychiatrique. A l’instar des GEM, de nouveaux rapports sociaux étaient possibles, l’asymétrie sociale induite à l’hôpital par les différences de statuts, les hiérarchies, l’opposition soignant.e.s/soigné.e.s etc., a été très largement remise en cause au sein de ces clubs. Si ces espaces resteront cantonnés à la sphère intra-hospitalière, ils permettront d’insuffler dans le mouvement de réforme de la psychiatrie d’après-guerre, de nouvelles manières d’envisager le soin et de l’inscrire davantage dans sa dimension sociale.

Avec la politique de sectorisation survenue à partir de 1960, le souhait⁴ était surtout l’ouverture sur la cité, et la volonté de réintégration des patients dans leur environnement sociaux. Avec le développement de la politique de secteur, les durées de séjour à l’hôpital ont diminué et les structures alternatives à l’hospitalisation se sont développées. De nouveau dans son histoire, la psychiatrie ne pouvait plus faire l’économie d’une approche sociale pour appréhender les troubles psychiques.

Il y a eut également dans les années 90’, sous l’impulsion d’associations d’usage.r.e.s, aussi héritières des collectifs d’anti-psychiatrie (France dé-

pression, Advocacy France etc.) de nombreuses expériences collectives qui ont précédé la création des GEMs, avec cette volonté de mettre au devant de petites scènes sociales les idées d'auto-organisation et d'entraide.

La loi de 2005 sur le handicap :

Un changement de paradigme.

De petits groupes de personnes psychiatisées se sont retrouvés à l'époque entre pairs. L'idée pour ces personnes : Se réapproprier leurs vécues au regard de l'emprise du pouvoir psychiatrique qui s'exerçait encore sur elles. Les clubs de patients, les collectifs informels et les associations formés ci et là en France, se sont fait les échos des GEMs. En effet, si la politique de secteur permet un déploiement de petites structures médicales dans la cité, elle est aussi vectrice d'un plus grand contrôle social sur les populations.

Les personnes psychiatisées se retrouvaient dans leurs parcours de vie et au travers de tout un maillage institutionnel dans ce qu'Anne Golse nommait « le lien psychiatrique ». Suivies par les services de la psychiatrie dans et en dehors de l'hôpital, les personnes ont pu voir leurs vies sociales gouvernées par ce lien exclusivement médical et psychiatrique. Les constellations psychiatriques gouvernant des vies sociales réduites à des parcours de soins. On le sait, les troubles psychiques sont variables dans leurs manifestations, en intensité et dans le temps. L'idée étant à l'époque pour ces associations d'usagères de s'émanciper d'un cadre médical et institutionnel trop restrictif en termes d'épanouissement social.

Tout au long de l'histoire de la psychiatrie, il existait des initiatives singulières expérimentales qui recourent en partie la définition de ce qu'on appelle aujourd'hui un GEM et qui ont pu servir d'inspiration au législateur. Pour autant, après avoir dessiné tendanciellement les tentations du social de la psychiatrie et qui auraient pu inspirer la création des GEMs, on reste un peu sur notre faim. On se dit que le compte n'y est pas. Toutes ces initiatives, idées et pratiques ne semblent pas faire suffisamment mouvement pour s'imposer, interviendra alors un autre paradigme, celui du handicap.

Cette loi de 2005 s'inscrit dans un long processus législatif. Ainsi, la « loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées » s'engagea à l'époque sur l'intégration dans le monde du travail des personnes handicapées.

Pour cela, elle crée des structures de travail protégées telles que les CAT (centre d'aide par le travail). Sera créé également l'AAH (l'Allocation aux Adultes Handicapés) ainsi que les organismes la gérant (COTOREP et MDPH). Concernant la « maladie mentale », la loi de 1975 propose de faire glisser une grande partie des personnes psychiatisées dans la catégorie du handicap mental. En effet, il est question d'englober les personnes ne dépendant plus strictement de l'action psychiatrique, à savoir celles dont l'état psychique est stabilisé. Aussi, par l'essor du secteur médico-social dans le cadre de la deuxième loi de 1975 (création d'un large dispositif de prise

en charge, de nombreuses structures médico-sociales et renforcement de la catégorie des travailleurs sociaux), la psychiatrie se retrouve dépossédée de son exclusivité dans la prise en charge et le traitement de la « maladie mentale » et va donc dorénavant devoir concéder au secteur médico-social une part de « ses malades ».

Malgré le mouvement de réforme psychiatrique, dans le cadre de la sectorisation, pour sortir du modèle asilaire, les deux lois de 1975 vont déstabiliser et dans le même temps reconsolider l'identité et la pratique psychiatrique. Cette reconsolidation s'accompagnera d'un refus de la part du corps psychiatrique de faire rentrer la « maladie mentale » dans le champ du handicap et ce, malgré la propagation de la psychiatrie dans le champ social.



Membre du comité de bienvenu de l'Unafam

On doit le premier usage réel du terme de handicap psychique à l'UNAFAM dans son livre blanc à la fin des années 1990, repris par la suite dans le rapport Charzat en 2002. Ce rapport servira de base dans la réalisation de la loi du 11 février 2005, qui reconnaît désormais le handicap psychique, du moins les altérations psychiques et leurs conséquences sociales. En effet, pendant les périodes d'instabilités et de « creux psychiques », c'est le capital relationnel des individus qui est mis à mal. Ces périodes ébranlent, bouleversent, voire suspendent les relations sociales des personnes, ne pouvant les entretenir et les inscrire sur le long terme. Le support relationnel des personnes étant fragilisé et mis à mal par le poids des troubles psychiques, ce sont toutes les inscriptions sociales qui se défont tour à tour (travail, famille, voisinage, ami.e.s...), débouchant à terme sur la rupture du lien social. Au bout de ce processus de désaffiliation, la fragilité relationnelle se traduit par l'isolement social.⁷

“Le fait de mettre en avant les conséquences, et non plus les causes, des problèmes de santé invalidants permet de soutenir un « modèle social du handicap » (Ravaud, 1999) qui donne moins de poids aux vues des médecins et accorde toute leur importance aux façons dont le handicap est socialement encadré (par l'environnement dans lequel vit la personne handicapée, les droits qui lui sont accordés).⁸”

La loi de 2005 n'est donc pas une loi spécifiquement autour de la psychiatrie mais autour du handicap. Le spectre est beaucoup plus large. À

cette époque, un mouvement très fort venu de la société et des associations d'usagers.ères pousse aussi pour la reconnaissance de la place des personnes en situation de handicap. C'est dans ce contexte que les GEMS ont été créés. Le rapport de force ne se constitue donc pas au sein exclusivement de la psychiatrie, mais au sein d'un domaine plus large qui est le handicap avec cette autre manière de penser la “maladie” et l'autonomie. Les associations d'usagers.ères ont d'ailleurs insisté à l'époque pour que les GEMS ne deviennent pas des annexes de l'hôpital psychiatrique dans lequel nous pourrions retrouver toute une équipe soignante comme c'est le cas dans les hôpitaux de jour.

Si la loi peut échapper à sa structure, elle n'est structurellement pas l'outil de nos émancipations. Et pourtant, il semble important d'appréhender l'histoire de cette loi de manière positive en amont, en suivant pas à pas les luttes liées au handicap qui ont précédé la loi, en aval, et en regardant ce que cette loi a rendu possible, avec le concours de personnes envieuses de participer à la création et la pérennisation de ces espaces. Cette loi ouvre un espace d'entraide pour des personnes pour la plupart bénéficiaires de l'AAH, et dont certaines vivent sous des mesures de tutelle et curatelle. Par ailleurs, la loi va permettre à beaucoup d'initiatives déjà existantes d'obtenir un financement pérenne.

Dans un mouvement de pensée un peu utopique compte-tenu des circonstances, on se demande comment une loi peut-elle être le support au dévelop-

pement d'une société fondée sur l'entraide; une loi suffisamment ouverte pour accueillir et soutenir des histoires, des formes, des expériences très hétérogènes et où la question de l'autonomie est au centre sans jamais être considéré comme acquise. Si nous ne sommes pas des absolus de la loi et que nous reconnaissons leurs caractères limitant et répressif, il faut reconnaître que dans le cadre de la loi de 2005, il y a, et c'est trop rare pour ne pas s'y attarder, une volonté d'ouvrir un nouvel espace temps social. Le handicap psychique étant reconnu et légitimé par cette loi, il n'est plus question pour la psychiatrie de nier le caractère handicapant de certains troubles psychiques en matière d'accomplissement social des personnes. Les GEM en sont une des plus importantes manifestations de ces 20 dernières années, quand bien même la question de la justice sociale et de l'autonomie restent une priorité et pour lesquels des combats politiques doivent toujours être menés dans le champ de la santé mentale.

Un Gumeur

1 Dutoit Martine, 2008, L'Ad-vocacy en France : Une mode de participation active des usagers en santé mentale, Presses de l'EHESP.

2 Kropotkine Pierre, 2005, L'entraide : Un facteur de l'évolution, Broché.

3 Accords de Matignon signés le 8 Juin 1936, Circulaires du 13 Octobre 1937 et du 7 Décembre 1938 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental.

4 La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

5 Golse Anne, 2000, Le lien psychiatrique comme lien social généralisé : Analyse sociologique des transformations récentes de la psychiatrie publique. Thèse de Doctorat.

6 Ebersold Serge, 1999, L'invention du handicap : La normalisation de l'infirme, Broché.

7 Castel Robert, 1995, les métamorphoses de la question sociale, Fayard.

8 Béliard Aude et Eidelman Jean Sébastien, 2010, Aux frontières du handicap psychique : Genèse et usages des catégories médico-administratives, CAIRN revue française des affaires sociales.

La RUBRIQUE Littéraire

Nouveau !

On essaie de faire des petites critiques de livres écrits par des usager.es ou qui remettent en question le soin psychiatrique.

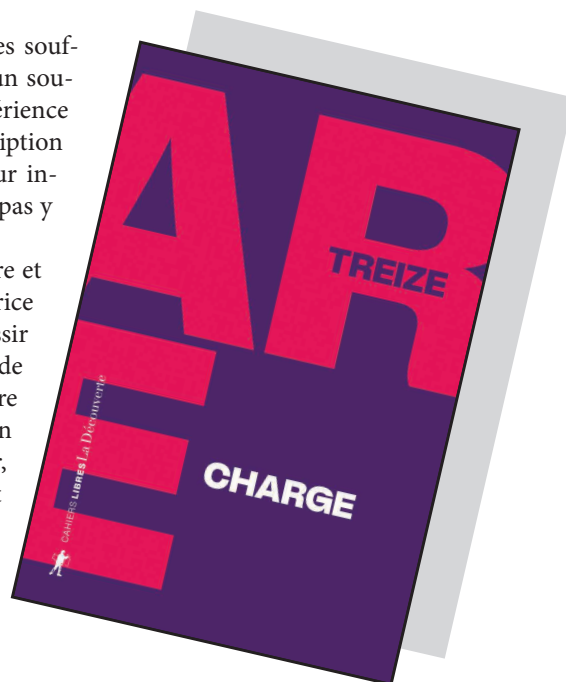
«Charge» par Treize

Charge est un livre qui se dévore : la force et la douceur de cette lecture prend le lecteur et la lectrice aux tripes et le la touche au cœur. Treize témoigne avec une écriture sans concession. Ses mots, tels des flèches aiguisées, ciblent les rapports de domination et d'abus, qu'elle a vécu, subit, observé au sein des services de soins psychiatriques. Ce livre met en lumière et en mot ces oppressions et ce qu'elles engendrent : l'humiliation, la silencieuse, la déshumanisation.

Treize souligne bien les attentes du patient quant au soulagement de ses souffrances, de ses frayeurs, dans le fait de trouver une écoute attentive et un soutien auprès du corps médical... Elle nous fait part également de l'expérience de l'essouffement, l'isolement face à la déprescription alors que la prescription s'impose, le paradoxe du diagnostic... et les activités thérapeutiques sur injonction... tout un système qu'elle doit décoder, s'y conformer, pour ne pas y être écrasée et sortir de cet étai...

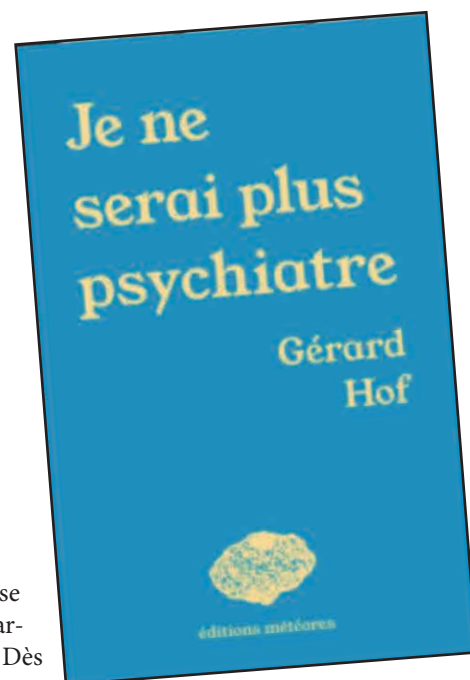
Ainsi, tout au long de ce parcours, Treize s'observe, tente de comprendre et de se comprendre. Elle ne livre pas de recette, elle propose au lecteur.ice son chemin en psychiatrie sur lequel elle a pu mettre des mots, pour réussir à affirmer et à assumer ses choix et ses besoins : « Je crois aux espaces de luttes intérieures et aux bénéfices inouïs de connaître son propre territoire psychologique ». Avec « Charge », Treize se délivre de sa traversée en « huis clos psychiatrique ». Ses mots lui redonnent du pouvoir d'agir, elle s'émancipe de l'emprise parce qu'elle la dénonce. Son cheminement ouvre vers d'autres horizons délicats, sensibles et attentifs aux vulnérabilités, aux failles. Il est important que cette douceur soit contagieuse et soit partagée.

Charge réussit à ouvrir la discussion sur le milieu fermé de la psychiatrie, et livre ainsi un beau prétexte pour échanger sur ce qu'est le soin et sur ce que signifie soigner. Ce livre est à partager, à discuter, il doit pouvoir circuler... pour essayer des espaces et des temps de liberté ...



Editions La Découverte

«Je ne serais plus psychiatre» par Gérard Hof. ed. Météores

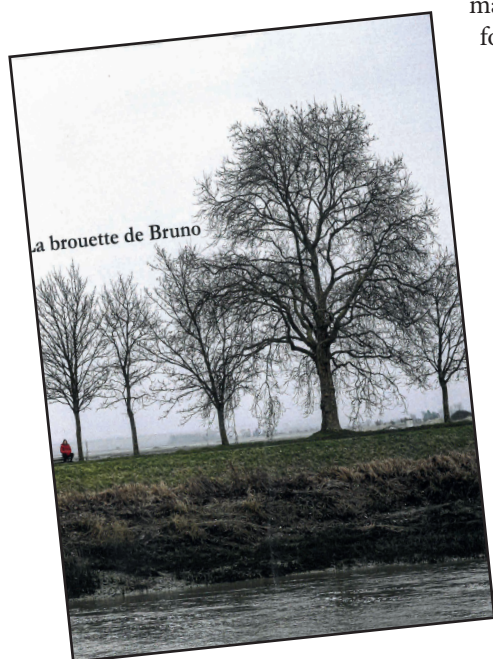


Republier «Je ne serais plus psychiatre» s'effectue contre un double oubli. L'oubli de la séquence minoritaire qui a agité politiquement la discipline psychiatrique, et l'oubli de la trajectoire politique intense de Gérard Hof qui fut compagnon de route du Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire (FHAR), du Sozialistisches Patientenkollektiv (SPK) [5] et cofondateur du Groupe Information Asiles (GIA). Dans «Je ne serais plus psychiatre», écrit plusieurs années après son entrée en tant que jeune psychiatre à l'hôpital du Vinatier, Gérard Hof arrive encore à nous faire sentir toutes les ambiguïtés dans lesquelles il se trouvait. Porté par un devenir de plus en plus révolutionnaire, il n'en avait pas moins la fonction de psychiatre au sein d'une institution.

Malgré toute sa colère, sa hargne, mais aussi son désir de transformer radicalement les logiques de l'institution, il n'y trouvait aucun appui collectif pour le sortir de sa solitude politique. On sent dans toute la trajectoire, d'abord solitaire, de Gérard Hof le risque de se positionner comme psychiatre héroïque, avant-gardiste ou sauveur, séparé de toute appartenance réelle au monde de celles et ceux de qui émanent les poussées transformatrices. Dès lors, une question cruciale demeure, celle de la disparition progressive des histoires de toutes les contestations minoritaires qui ont tenté de penser et d'agir autrement face aux alternatives proposées à l'intérieur même de la discipline et de l'institution psychiatrique.

Editions Météores.

La Brouette de Bruno



La brouette de Bruno

Le narrateur de cette nouvelle intègre un centre hospitalier pour des problèmes psychiatriques. On le voit découvrir ce lieu, son fonctionnement et surtout les gens qui y vivent, qui y passent... L'intérêt manifeste de l'œuvre repose sur son style presque désuet qui rend le récit furieusement intemporel. Sommes-nous dans les années 70, à notre époque ?

L'évocation de tous les patients, de leur vécu, de leurs habitudes, de leurs maux, rend l'épisode hospitalier humain et tellement vrai tant il est à la fois cocasse et dramatique. Quiconque a passé du temps en hôpital psychiatrique retrouvera dans ces visages des personnes croisées le temps d'un séjour. Il s'en rappellera alors presque avec nostalgie, en tous cas avec émotion.

On regrettera toutefois que toutes ces évocations ne viennent pas nourrir la fin de la nouvelle. On l'aurait souhaitée plus étoffée (bien que l'idée de sortie pour cause d'habitude soit étonnante).

Bref, une nouvelle à lire par tout le monde et que vous savourerez si vous connaissez le monde dont il est question.

PS : spécial dédicace au passage savoureux digne de Raymond Devos « Comment attendre d'un lieu dans lequel on ne pénètre finalement qu'à la condition d'aller mal et avec pour objectif d'aller mieux qu'il nous fasse aller mieux si dans ce but il faut s'y sentir mal ? Comment aller mieux si la condition pour se sentir mieux est de se sentir mal ? »

Caroline Suret

Editions du 6 rue gryphe,
Lyon

OPEN))res((SOURCE

LE LIVRE DONT VOUS N'ETES PAS LE ZERO

NB : Dans cet article, le mot  est remplacé par le glyphe  comme c'est le cas au sein du livre.

Open Res Source , c'est un objet intrigant. C'est à la fois un recueil pratique, philosophique, poétique et parfois même métaphysique. Un guide qui tient dans la poche arrière de ton jean. C'est un livre dont nous sommes l'héroïne ou le héros, un outil qu'on peut dégainer quand on est en quête de soi-même, de soutien ou de réponses à nos questions et qui se veut un appui pour nous aider à traverser des périodes de .

Open Res Source , est le fruit d'un travail collectif au sein du Labo de l'Autre Lieu de Bruxelles qui a duré environ deux ans.

Un livre construit à partir d'une cinquantaine de subjectivités, nourrit de parcours, de trajets, d'expériences individuelles ou collectives, avec une forme et un fond résolument antipsychiatriques. C'est la volonté de proposer autre chose qu'un froid carnet d'adresse.

C'est aussi un très beau livre, où la typo, Nommée Altera Futura Renner  et utilisée pour la rédaction de cet article - fait écho à ce qu'on peut parfois ressentir , à la complexité de nos émotions , à la violence de nos vécus.

Elle est le fruit d'une collaboration entre l'atelier typographie de La Cambre (l'école nationale supérieure des arts visuels de Bruxelles) et l'Autre Lieu. Elle permet de sublimer ou de troubler certains mots, de façon graduelle et avec l'intensité que l'on souhaite. C'est aussi une typographie inclusive qui fonctionne selon le système QUNI (Queer Code Initiative) développé par Bye Bye Binary, une bibliothèque en ligne de fontes inclusives.



Open Res Source  est construit autour d'une trentaine d'items (entendre par là des catégories, chapitres, paragraphes), tels que « Sécurité », « Douceur », « Espoir », « Sexe » ou « Violence », qui correspondent à des besoins, et nous permettent d'explorer, d'arpenter le livre et suivre un cheminement après nous être posé la question « Je traverse une période de  et je suis en recherche de... »

Chaque item est consultable indépendamment des autres. On peut ouvrir le livre au hasard sur un item, le consulter et suivre ensuite vers quoi il nous redirige. Un item est constitué d'un ou plusieurs paragraphes de réflexion ; et souvent d'une partie plus pragmatique qui nous propose des ressources concrètes (des lieux d'accueil, des numéros de téléphone, des médias à consulter, des idées d'activités...) et de plusieurs redirections possibles vers d'autres items pour continuer notre cheminement.

Lire Open Res Source , ça peut permettre d'être accompagnée dans ce qui nous traverse . C'est la possibilité de trouver des échos, du commun, pour se rappeler que d'autres que nous ont parfois traversé le , et que nos savoirs expérientiels, une fois rassemblés, peuvent devenir des outils qui nous rendent plus forts.

Pour vous donner une idée, je peux raconter ici un de mes parcours au sein du livre.

J'étais à la bibliothèque l'Alcazar, dans la salle d'étude du dernier étage, entouré de dizaines d'étudiants concentrés sur leur travail, dans un silence quasi total.

J'étais venu là en espérant y trouver le calme nécessaire pour me concentrer sur la traduction et la mise en page d'un texte, ce qui m'est parfois difficile - pour ne pas dire impossible - chez moi.

Finalement, dans l'état où j'étais sur le moment, cette ambiance studieuse et silencieuse m'a fait entrer dans un état d'anxiété. J'étais aussi troublé par des ruminations liées à une récente rupture relationnelle. Un peu triste et un peu perdu. Un peu vide aussi. Je me suis dit que c'était un bon moment pour jeter un œil au livre. Je l'ai ouvert à l'index pour consulter les différents items disponibles. Amour. Page 27. « J'ai besoin/envie de (res)sentir que je peux aimer (à nouveau) et me sentir aimé ». Exactement le genre de pensée qui me traverse sur le moment. Je me rends donc page 27.

« Du Love, du Love, du Love , dans les choses simples et infinies, dans ce que je suis, ce que tu es, que nous sommes, dans la somme de nos efforts pour nous comprendre et apprendre, dans tout ce qui est bon à prendre et à déprendre sans se méprendre. Du Love à l'état brut, du Love à partager et à ériger, à lover et à protéger, à caresser du bout de nos mains, du bout de nos doigts, délicatement, chaleureusement, en douceur, en chœur, du Love, above all.

L'amour peut aussi se lover en tout acte attentionné, petit ou grand, envers tout ce qui nous entoure et ce qui nous relie. »

Ensuite, plusieurs redirections me sont proposées.

« Je suis à la recherche de liens forts qui ne soient pas uniquement romantiques est la proposition qui me saute au yeux » .
J'atterris page 63.

« J'ai besoin/envie de me sentir relié »

Que ce soit pour se connecter à des personnes qu'on aime, des comparses de vie ou pour se connecter à de nouveaux êtres, il y a autant de liens que de relations possibles.

Tu recherches peut-être à te connecter à un ou plusieurs camarades, à l'autre, à une famille de sang ou de coeur, à des amis (visibles ou non, humaines ou non) avec qui tu peux être toi-même, en confiance, te reposer. Dans les nouvelles rencontres comme dans les retrouvailles, tu fais ensemble. Il y a un lien qui vous tient (un temps ou longtemps). Vous êtes concernés l'un par l'autre, impliqués. Y'a des liens qui te rendent poreux à l'autre, où ce qui est partagé se dépose en toi et y reste. Parfois, le lien de coeur se tisse avec des complices qui ne sont pas tes amis, que tu connais à peine (voire pas du tout) mais avec qui tu as pu te laisser toucher, te laisser résonner, t'abandonner. Ou, même, l'autre t'aide à t'ouvrir, parfois, quand tu ne l'envisages pas.

En écrivant ces lignes ensemble, on a pensé à te dire : tout être humain a droit à l'amour.

Ces formes d'amour sont comme une ouverture infinie sur tous les possibles, ajoutant un peu de force et d'énergie à notre propre force. Les complicités, c'est un peu comme un supplément d'énergie non négligeable. Parfois, ça peut être trop fort. Cela nécessite sans cesse des réajustements en fonction de nos limites de part et d'autre. Avec des alliés, on peut se confronter, en vérité, et découvrir des reflets de soi-même. »

Parmi les redirections proposées, « Parfois j'ai du mal à relationner avec des autres (même intimes). J'ai trop de colère en moi » m'attire tout de suite. Je fonce page 116. Et ainsi de suite...

Mon arpentage du livre a duré une petite demie-heure. Des choses m'ont touché. D'autres ne m'ont pas parlé du tout. J'ai erré, rebroussé chemin. Puis fermé le livre quand j'ai eu l'impression d'y avoir trouvé ce dont j'avais besoin sur le moment. J'ai repris mon travail à la bibliothèque, un peu plus concentré, un peu moins anxieux.

Dans les semaines qui ont suivi, j'ai rouvert le livre plusieurs fois, dans différents états émotionnels. Chaque consultation m'a emmené dans des directions très différentes. Je n'ai jamais vécu deux fois le même parcours. C'était riche, c'était vivant. Comme un livre magique qui s'écrivait devant mes yeux, au fur et à mesure et en fonction de ce que j'y aurais cherché.

Comme les personnes du Labo de l'Autre Lieu le disent si bien, la rédaction du livre aurait pu durer quelques années de plus. Pour éditer le livre à temps, il a fallu limiter le nombre d'items.

Open Res Source ne se veut donc pas un annuaire exhaustif, mais ses créateurices ont la volonté de le voir évoluer. Chacune peut s'emparer du livre, s'approprier sa forme et y ajouter des items qui pourraient correspondre à des besoins qu'iel a pu ressentir en période de .

En espérant que le livre puisse être réédité par la suite, augmenté de tous les items que chacune aura proposé !

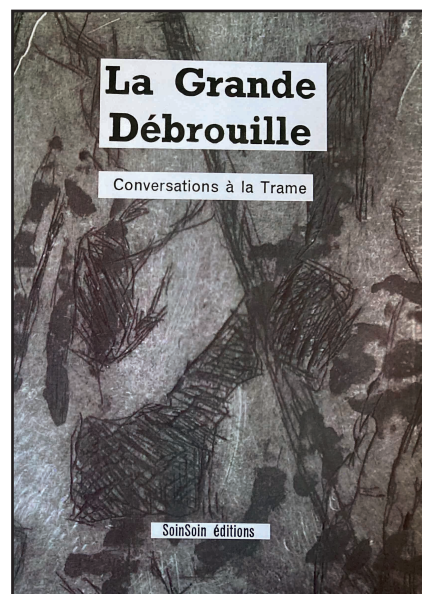
Thomas Combault

La Grande débrouille, conversations à La Trame

«Créée depuis 2017 et située à Saint-Denis (93), la Trame est un lieu d'accueil, d'orientation et de soutien dans la communauté destiné à des personnes en souffrance psychique, qu'elles soient reconnues en situation de handicap ou non. Elle vise à apporter une réponse aux besoins des personnes concernées en favorisant les pratiques en réseau avec les différentes ressources mobilisables du territoire et les dynamiques d'entraide entre pairs. Par des actions collectives de communication ou de formation, la Trame souhaite également participer à la lutte contre la stigmatisation des personnes concernées par la souffrance psychique.» En gros La Trame est une véritable réponse immunitaire à la précarité à St Denis.

«Deux ans de rencontres, de paroles et d'échanges à la Trame rassemblés sous quatre grandes thématiques : le rapport à l'hôpital psychiatrique, à l'exil, la question de des souffrances administratives et des logiques d'entraide.»

Leur équipe a conduit des groupes de paroles et recolté une vraie analyse systémiques faites par les usager.es, et tout ça à travers leurs vies dures, ingrates et inégales mais pleine de force, d'intelligence et de beauté. La Trame est ce lieu indispensable que chaque quartier devrait avoir, avec une équipe de travailleur.euses animé par le désir d'un monde plus juste et avec une détermination à ne pas laisser gagner la misère.



La Trame, 20 rue de Toul, 93200 SAINT-DENIS
mail : latrame.aplainevie@lamayotte.fr
Téléphone : 09 72 93 63 41

L'ENTRAIDE PEUT-ELLE REEMPLACER LE SOIN ?

Selon le dictionnaire l'entraide est “une aide que l'on se porte mutuellement” tandis que le soin est “l'ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale”. Aide, traitement, soin, sont des mots dont la différence reste mince et qui semblent flirter avec les limites de leurs propres définitions, pouvant même désigner une même chose selon les situations.

Deux notions indistinctes.

On considère aujourd'hui ces deux notions comme totalement dissociées l'une de l'autre.

Le soin est une affaire de professionnels. Les spécialistes à qui l'on peut faire confiance, qu'il faut respecter, écouter et obéir en toute circonstance.

Les psychiatres nous prescrivent nos médicaments et à côté de cela, la psychothérapie effectuée avec un.e psychologue est une aide complémentaire et peut se révéler précieuse si l'on tombe sur la bonne personne.

Mais il est facile de se rendre compte que les médicaments ne sont que des antidouleurs de l'esprit et ne le guérissent pas, ils l'anesthésient, l'endorment et rien de plus. La psychothérapie est déjà plus “humaine” avec des mots, du temps, et une démarche plus profonde. Mais la relation avec un.e psychologue est un travail précis, se voulant libérateur de mécanismes ou schémas qui nous font souffrir, et le réconfort n'est pas toujours présent lors des entretiens. Limiter la définition du soin à l'action de ces deux types de professionnels paraît donc insuffisant.

“Plus l'on prend soin des autres et de la relation, plus on renforce le sentiment de lien social, qui augmente à son tour notre sentiment de sécurité affective”

**Rebecca Shankland,
professeure de psychologie**

L'entraide, à la portée de tous.tes, sans savoir ni outil véritable est largement déconsidérée, vue comme accessoire et dispensable. Mais nous le savons tous.tes: combien de fois un.e proche, un.e usager.e de la psy ou bien un.e animateur.ice de G.E.M nous a compris, revitalisé et rassuré là où notre psychiatre a échoué ? Combien de fois nous nous sommes senti mieux après avoir passé du temps avec des ami.es et avons réussi à passer des vrais moments soignants pour notre psyché ?

Le fait d'être avec des personnes qui nous veulent du bien et qui nous respectent est riche de bien être et soulagement.

Dans la prochaine partie nous allons essayer de comprendre en quoi l'entraide est indispensable et comment elle déclenche des étonnants mécanismes biologiques.

L'histoire du bien

L'homme est un animal grégaire, c'est-à-dire qui vit en groupe pour survivre, et non seul. L'histoire qu'on nous apprend à l'école ne fait pas vraiment état de l'avancée humaine par le biais de la coopération, elle le récupère aujourd'hui avec patriotisme, mais ne fait que peu l'éloge sur cette pratique de solidarité pourtant vitale à notre survie depuis notre apparition sur terre. Par cela nous en oublions tous les bienfaits, les bénéfices et la richesse d'un point de vue tout autant scientifique que la médecine.

Beaucoup d'études sur les “neurosciences collectives” sont en cours et révèlent des résultats surprenants. En effet, nous avons depuis longtemps entraîné notre cerveau à “être content” lorsque l'on nous vient en aide car il perçoit une chance de

Donner du soin, même quand ça va mal.

“La chaleur humaine permet de créer un environnement rassurant, où les personnes se sentent écoutées, respectées et prises en charge de manière personnalisée”.

Infirmière EHPAD Notre Dame des anges

survie, et entraîne ainsi une réponse sérotoninergique et dopaminergique. De plus, lorsque nous sommes en présence de personnes qui nous sont chères, bienveillantes, on observe un phénomène de connexion et d'alignement des neurones, un peu comme une forme de mimétisme. Une autre observation illustre bien cela : les ondes cérébrales dans certaines régions du cerveau des personnes qui écoutent un spectacle musical correspondent à celles de l'interprète – plus la synchronisation est grande, plus le plaisir est grand.

Mais il y a encore un effet supplémentaire à l'entraide, dont ni le ou la psychiatre et psychologue ne pourront donner et qui se passe lorsque nous rentrons dans une phase active et à notre tour apportons une aide à une personne en souffrance.

“Quand on lui en donne l'occasion, l'être humain est naturellement disposé à collaborer avec les autres par pure joie de contribuer à l'intérêt général”, affirme Jeremy Rifkin. Dans l'entraide nous ne restons pas seulement passif, nous pouvons aussi être acteur et effectuer un geste vers l'autre de soutien et d'écoute, et cela a de grandes vertus bénéfiques. Si nous arrivons à nous mettre en action, cela nous renverra en premier lieu la satisfaction de se voir “fonctionner”.

Aller vers l'autre crée un cercle vertueux où la personne aidée se verra confiante et pourra à son tour aider son prochain, amenant le groupement humain vers un meilleur état général.

Aussi, nous savons que le contact physique, comme les caresses, procure une certaine quiétude autant chez celui qui la donne que celui qui la reçoit, que la générosité diminue le taux de cortisol (hormone du stress), aider l'autre et permet de se décentrer de ses angoisses, de son anxiété, et redonne une motivation générale certaine.

Alors, on y va ?

Dans ce système nocif dans lequel nous vivons, il y a une vraie recrudescence de groupe d'entraide (plus de cinq cent mille rien qu'aux États-Unis), et sous différentes formes : collectif, association, équipe, mouvement... et pour tout type début : soutien psychologique, féministe, écologique, scolaire, sportif...

l'état démantèle le service public, l'action solidaire et collective, mais le besoin vital de rester ensemble est bien plus fort que cette individualisation extrême vers laquelle on nous pousse.

De plus, il est évident que ces entités collectives, même si on les traite souvent de sectaires et idéalistes, réussissent leurs actions (évolution féministe, Notre-Dame des landes, syndicats, G.E.M) et en plus marquent à vie celles et ceux qui ont participé à une aventure hors du commun.

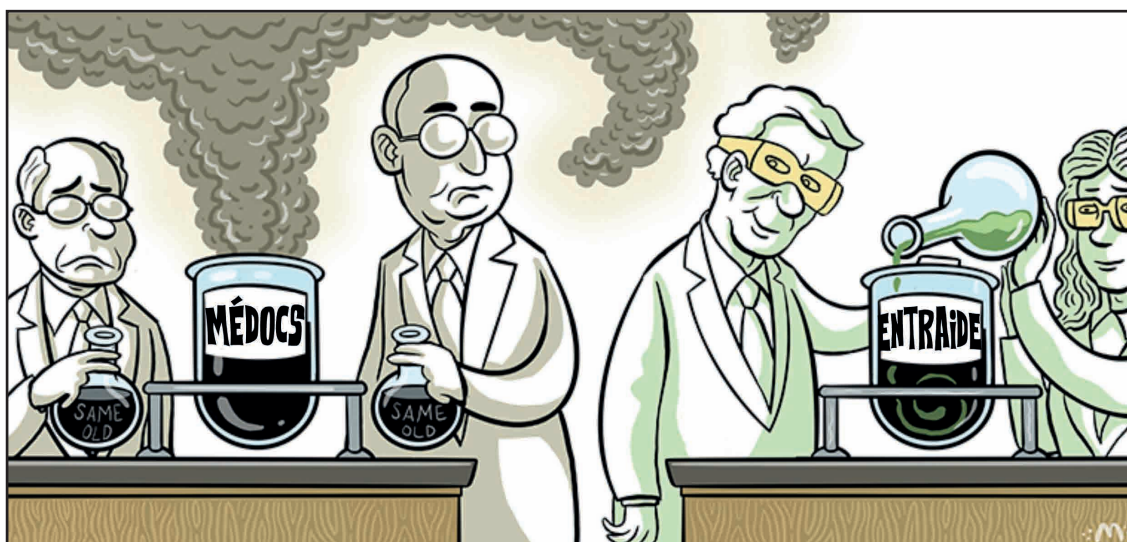
Tout cela est dans les convictions profondes de soin soin et que “la solidarité peut remplacer le soin”. Cette soumission à un autre individu qui se vante d'avoir étudié nos souffrances, et donc de mieux savoir pour nous ce qui est bon est à prendre avec grande modération et à bien identifier notre place dans cette relation.

Les médicaments sont des raccourcis surpuissamment concentrés de molécules qui agissent en nous sans que l'on puisse s'identifier à leur effets.

Il est important donc de bien cerner si cela nous fait du bien, et au final en quoi l'on peut se donner du soin par d'autres moyens.

C'est pour cela que les dispositifs des G.E.M nous semblent propices à une pratique horizontale du soin, car ils ont déjà des moyens non négligeables, comme un lieu d'accueil et des animateur.ices généralement impliqués dans le social et le solidaire.

Il paraît indispensable de se réapproprier ces pratiques. Il faut nous ré-éduquer à la solidarité, car nous en connaissons les bienfaits et la richesse unique.



Jeudi

Au printemps j'ai été hospitalisée d'urgence pour une bouffée délirante. C'est une histoire que j'aime bien raconter et sur laquelle personne ne me questionne vraiment.

Les gens s'imaginent que c'est impudique de demander, ou alors ils ne veulent pas vraiment savoir.

Le lendemain matin de mon arrivée, c'est moi qui rassure ma mère qui angoisse à l'autre bout du fil.

Je rassemble tout ce qu'il me reste d'énergie pour lui parler depuis le brouillard épais, pour envoyer un signe de vie encourageant dans le téléphone, alors que je somnole sur le matelas fin comme une galette de l'hôpital.

Je me rendors sitôt après avoir raccroché. Hier soir à mon admission, j'ai demandé un anxiolytique, et l'infirmier m'a donné des gouttes dans un peu de sirop. « ça casse le délire, c'est pour les angoisses un peu massives »

Il est gentil et maigre, des tatouages plein les bras. Il a mon âge, il me vouvoie et me sert ce verre de sirop comme je pourrais servir un verre à un.e ami.e qui a besoin de se calmer, ça me déconcerte.

Je suis arrivée aux urgences avec seulement mon sac à main, je me suis un peu fait pipi dessus, je ne me suis pas lavé les dents et soudain face à ce mec que je pourrais rencontrer chez des ami.es, j'ai honte. Je le remercie pour l'anxi. 5 minutes après je suis détenue, 15 minutes après je ne peux plus porter ma tête, trop trop lourde, et je m'endors, là, la face contre la table de la salle d'attente.

Quand on vient me chercher pour m'amener à ma chambre, il faut me secouer pour me réveiller et m'aider à marcher. Je suis un zombie dans les jardins de l'hôpital, il fait nuit, l'infirmière me tient le bras. On prend des ascenseurs. La lumière blanche, l'odeur de pipi et de cheveux sales, voilà votre pyjama, allez à demain.

Le lendemain, je ne vois pas le médecin parce que c'est férié.

Je suis convaincue d'avoir été empoisonnée, que c'est pour ça que je déraile.

Dans le cahier que ma sœur m'a apporté, j'ai écrit " personne ne croira à la thèse de l'empoisonnement".

On m'avait dit qu'on me ferait une prise de sang pour vérifier.

Mais c'est férié, alors y a pas de médecin, et y a pas de prise de sang.

C'est foutu, je ne pourrais prouver à personne que si je débloque c'est parce qu'on m'a voulu du mal.

Et je n'ai plus d'hallus depuis que je suis là, c'est soit que le poison ne fait plus effet, soit c'est les gouttes d'hier soir.

La première journée d'hospitalisation, j'en ai pas de souvenir, en dehors des repas où j'essaie d'échapper à Christophe qui veut absolument me donner son numéro pour qu'on aille ensemble à la machine à café.

Il dit qu'il est là pour un burn-out, je trouve qu'il parle beaucoup tout seul pour un mec en burn-out, c'est pas l'image que je me faisais du burn-out.

Il n'a plus de dents, peut-être 15 ans de plus que moi, son numéro est écrit au dos de son téléphone portable.

Je lui dis qu'on verra plus tard, il me dit qu'il comprend, que c'est dur les premiers jours, qu'il faut que je me repose.

"Tu trembles pas, c'est bien."

Je ne veux pas lire, pas regarder mon téléphone parce que ça alimente mes pensées, et puis je suis épuisée.

J'ai du dormir pas mal. Le deuxième matin arrive dans ma chambre avec (?) l'infirmier. Elle vient me réveiller et me gronde doucement. " Il fait froid ici! Ça va pas, vous allez attraper la mort."

Ma fenêtre est restée entrouverte toute la nuit parce que je supporte pas cette odeur d'hôpital et qu'on peut pas l'ouvrir en grand une bonne fois pour toute.

Je dis « oui pardon c'est que j'aime pas l'odeur d'ici », je rassemble mes couvertures, ça me fait bizarre qu'elle me voie au réveil comme ça. Elle se radoucit, elle a fermé la fenêtre et elle vient me prendre la tension.

Je me dis elle va sentir l'odeur de la nuit, est ce que j'ai des crottes d'œil ?

Elle a les doigts longs et bruns, les ongles un peu bombés et limés en amande, petites amandes vernies de rouge tout au bout de ses doigts, elle sent bon, je respire son parfum. Je voudrais lui faire un compliment, mais je ne sais pas quoi dire, je veux pas la mettre mal à l'aise, je me dis que ça attendra.

Elle manipule mon bras délicatement et en silence. Je jette un coup d'œil à au soin apporté à sa tenue, à sa perruque en vrais cheveux impeccables. Elle me sourit.

Après ça, fini la douceur. On me force à prendre du tercian alors que ça me donne des vertiges, « oui c'est normal c'est un effet secondaire du tercian vous inquiétez pas ».

17 Mai

Anna Orenego

Jusqu'à ce que je m'évanouisse un matin dans le poste de soin, alors là quand même les infirmières m'ont écoutée.

Les longues journées à rien branler en pyjama bleu et à me remettre à fumer tellement y avait rien à branler à part les putain de coloriages de la salle commune qui sentait l'urine par moments, et toujours le renfermé.

Les autres ne restent pas longtemps dehors, c'est le printemps et leurs antipsychotiques les photosensibilisent. Un café au soleil et déjà les plaques rouges apparaissent.

"Putain je crame sa mère !

Je remonte..." à toute "Moi je reste sur le banc dans le jardin, avec une femme dont le psychiatre continue de lui prescrire des électrochocs pour soigner sa mélancolie. Elle me raconte que ça l'aide pas, que ça lui file des trous de mémoire en plus du reste. Elle s'est acheté un doudou pour serrer quelque chose, parce que ça lui faisait mal. J'évite moins Christophe, on déjeune ensemble, il me propose toujours de me payer un café après le déjeuner, un jour j'accepte. Je suis pas tranquille quand il m'amène dans les sous-sols de l'hôpital où se trouve la machine qui fait le café le moins cher, je me tranquillise. " Si tu le pousses, il tombe". Je prête à Christophe de mauvaises intentions, mais il veut juste passer le temps je crois.. Plus tard je l'entendrais dire qu'il n'a pas de chance, qu'il tombe toujours sur des lesbiennes. Quand j'en ai marre de manger en face de Christophe qui rumine plus qu'il ne mâche sans ses dents le pauvre, je m'assois avec la fille du deuxième qui a un entretien d'embauche la semaine prochaine et l'élocution très ralentie.

Il dit qu'il comprend et qu'on se verra plus tard. Quand je lui confie que je fais de la boxe, il est hilare. "ah ouais faut pas t'emmerder" Quand il nous confie, à la fille du deuxième et à moi, qu'il a été violé quand il était enfant, je ne dis rien. Elle, dit " je suis désolée que tu aies vécu ça Christophe".

8h, midi, 18h, la bouffe infâme.

2h du mat, le surveillant qui rentre dans ma chambre pour me dire d'éteindre la lumière et qui m'engueule parce que je sursaute à sa vue " vous êtes pas chez vous ici mademoiselle " je peux rentrer quand je veux "

Les heures à attendre le psychiatre qui me prend de haut passent, et encore je suis une femme blanche avec une éducation bourgeoise, et les codes qui vont avec.

Il sait qu'il peut pas non plus dire ce qu'il veut, que quand je pose des questions il me doit un minimum d'explications.

Oisive, je grignote, je fume, j'angoisse et j'observe. J'observe qu'on m'infantilise moins que les autres, les toxicos, les légumes, ceux qui délirent non stop et qu'on assimile de médocs, ceux qui parlent pas français et qui ont pas de sous pour leurs cigarettes.

Je suis témoin comme partout ailleurs qu'on a pas toutes le même capital respect. Un jour Christophe n'est pas là au petit déjeuner. A l'heure du goûter, un taxi le dépose devant l'hôpital, il me sourit de toutes ses nouvelles dents. Je suis surprise, j'y croyais pas à son histoire de rendez-vous chez le dentiste, pas plus qu'à son histoire de burn-out. Un autre, ma sœur vient m'apporter quelques affaires propres et sursaute à la vue d'un type zombifié en totale clochardisation.

Ça m'énerve qu'elle ait peur, qu'elle ne vienne pas plus me voir, qu'elle ne veuille pas que je vienne loger un peu chez elle à ma sortie. J'oscille entre la pensée qu'elle est une mauvaise personne, et celle que je suis une mauvaise personne. J'ai mon ami Muso au téléphone, qui me dit que c'est pas si simple, qu'il faut que je prenne soin de moi. J'attends le psychiatre toute la matinée, on m'a dit qu'il viendrait pour discuter de ma sortie, et puis il ne vient pas. Ça me fait monter en pression, est-ce qu'il va me laisser sortir, est-ce que si je sors je vais délirer à nouveau, et puis où je vais aller ? J'ose pas descendre fumer, des fois qu'il arrive à ce moment-là, mais après le déjeuner je tiens plus je descends.

Je n'y tiens plus c'est correct, c'est comme quand tu dis " n'y tenant plus, il/elle se leva et parti ..." Sur le banc il y a Antoine, qui a 25 ans, des voix, et toujours un petit sac dans lequel il y a des surprises, bonbons, briquets, petits objets en plastique, qu'il nous fait piocher par moment. Je fonds en larme, je lui dis que je suis en colère contre ma sœur, et il me dit qu'il faut pas. Que ça lui est arrivé aussi, quand ses amis ne venaient pas, mais qu'il faut pas, que les gens ils ont aussi des problèmes. Il me console, me rassure, me répète que ça va aller.

EMPLOI D'ABORD...

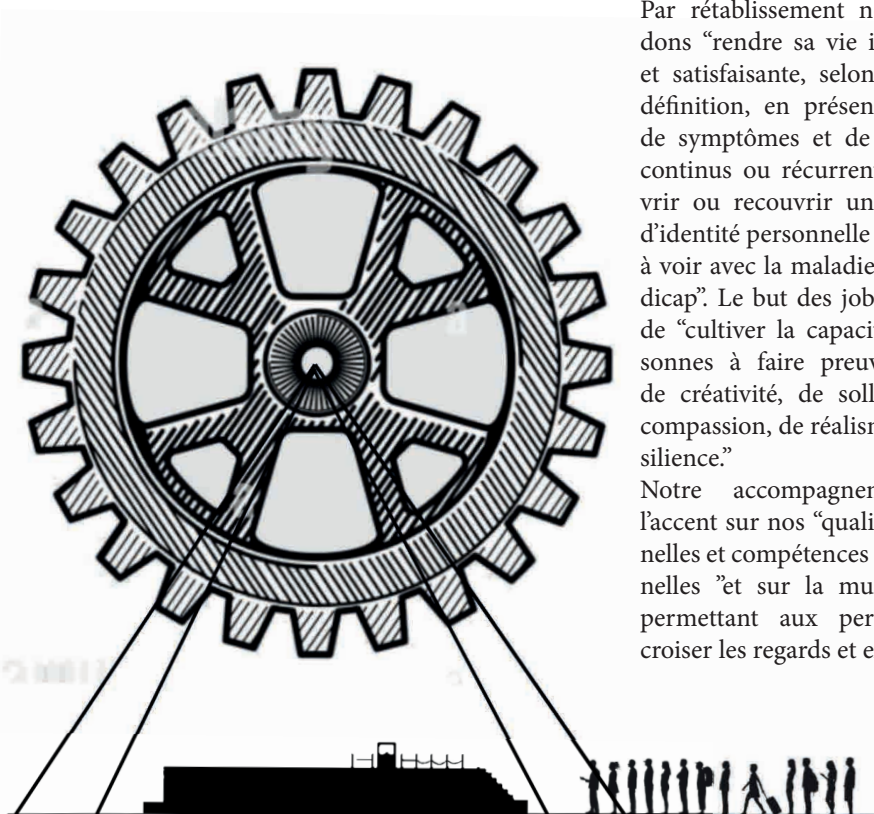
POURQUOI PAS !

MAIS ENCORE ?

Depuis 2014, Working First soutient des personnes dans leur parcours de rétablissement à travers l'accès, la reprise ou le maintien dans l'emploi. Une méthodologie orientée autour du rétablissement en santé mentale, avec un travail sur les forces et les préférences professionnelles de la personne. Même si le salariat n'est pas vraiment dans la culture de Soin'Soin, bon nombre de personnes sont demandeuses de ce type d'activités pour s'émanciper.

Nous travaillons avec des personnes dans leur parcours de rétablissement au travers de l'accès, la reprise ou le maintien dans l'emploi en milieu ordinaire. L'orientation vers nos services relève d'un choix individuel et non d'une préconisation d'un service médico-social. Nous sommes également en lien avec les entreprises pour une société plus inclusive en luttant contre la stigmatisation du trouble psychique et changer les regards. De façon plus globale nous travaillons sur l'amélioration de la santé au travail, bénéfique à l'employeur dans sa politique managériale, tout comme à l'employé. Pas de liste d'employeurs "handi bienveillants", chaque projet étant différent d'une personne à une autre nous prospectons selon les besoins singuliers des gens et de l'environnement qu'ils recherchent.

Les personnes accompagnées ne sont pas des malades ni des patients mais avant tout des personnes non abordées sous le prisme de leurs difficultés en priorité. Notre action s'articule autour du concept de rétablissement



en santé mentale, avec un travail sur les forces, l'espoir et les préférences professionnelles de la personne.

Par rétablissement nous entendons "rendre sa vie intéressante et satisfaisante, selon sa propre définition, en présence ou non de symptômes et de problèmes continus ou récurrents" "découvrir ou recouvrir un sentiment d'identité personnelle qui n'a rien à voir avec la maladie ou le handicap". Le but des job coachs est de "cultiver la capacité des personnes à faire preuve d'espoir, de créativité, de sollicitude, de compassion, de réalisme et de résilience."

Notre accompagnement met l'accent sur nos "qualités personnelles et compétences professionnelles" et sur la multiréférence permettant aux personnes de croiser les regards et expériences.

En fonction des souhaits de la personne nous travaillons également avec la famille et les aidants médicaux ou non (adapté de Recovery – Concepts and Application de Laurie Davidson, the Devon Recovery Group”).

L'idée est que rien ne se dise ou se fasse sans l'accord de la personne dans le respect du “rien sur nous sans nous”. L'accompagnement ressemble à une danse à deux qui engage et donne le rythme et comment le retrouver en cas de faux pas voir changer de danse.

La méthode d'intervention utilisée auprès des personnes est celle d'IPS (Individual Placement and Support).

Cette méthode reconnue internationalement et évaluée constamment est de plus en plus utilisée lorsqu'une personne demande du soutien pour réaliser son envie de trouver un emploi.



Photos issues
de la série
**«Photovox ESAT La
Manade»**
réalisée par
les travailleur.euse.s
et accompagné.es par Mat-
thieu Parent.
matthieuparent.net

© «Louvrier souffle» de
Lucas Demeurs

Ainsi le DEA (Dispositif de l'emploi Accompagné) en France forme de plus en plus d'intervenants à cette méthode. Le DEA a été mis en place pour les personnes ayant une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé. Peuvent y avoir recours des personnes pour lesquels d'autres modalités d'accompagnement (France Travail, Cap emploi...) ne leur ont pas permis de voir leurs projets aboutir.

Les grands principes de l'IPS Individual Placement and Support:

Préférence de la personne :

Les choix et les préférences de la personne quelles qu'ils soient sont prioritaires dans le processus de recherche d'emploi. Pas d'idées préconçues ou d'orientation du fait d'un marché de l'emploi favorable dans tel ou tel secteur.

Emploi en milieu ordinaire :

L'objectif est de trouver un emploi dans le marché du travail ouvert, plutôt que dans des environnements protégés (ESAT...).

Zéro exclusion :

Pas besoin que la personne soit bien avancée dans son parcours de rétablissement ni que l'insight (niveau de connaissance de son profil) soit fort ou qu'elle soit jugée apte par les professionnels pour intégrer l'accompagnement. L'important étant qu'elle-même ait le désir de se rétablir au travers l'emploi en milieu ordinaire. Il faut malgré tout avoir des documents (titres de séjour) autorisant à travailler.

Intégration des services :

Les services de soutien à l'emploi sont intégrés aux services de santé si la personne a un accompagnement proposé par des partenaires et qu'elle le souhaite ; modalités discutées ensemble.

Conseil personnalisé :

Un soutien individualisé est offert pour répondre aux besoins spécifiques de chaque personne. Dans le cadre de notre accompagnement l'important est d'avancer non pas pour la personne, ni avec, ni à ses côtés, mais à la place qu'elle va nous assigner dans son processus de rétablissement par le travail. La règle c'est qu'il n'y a aucune règle !

Recherche rapide d'emploi :

L'accent est mis sur la recherche rapide d'un emploi, plutôt que sur une formation, un stage avant l'emploi. Pas besoin de faire ses preuves par un apprentissage en escalier, par des petits pas validés pour passer à l'étape suivante. L'idée est de placer puis former. Les stages ne sont pas une nécessité, la période d'essai peut très bien les remplacer. Bien sûr, les choix d'orientations professionnelles peuvent varier. Si la personne le souhaite elle peut faire des formations ou des découvertes d'environnements professionnels mais ce n'est pas un prérequis.

Soutien continu :

Un soutien est offert de manière continue, même après que la personne ait trouvé un emploi. Réflexions singulières également autour de comment parler ou pas de son trouble/handicap/RQTH (Reconnaissance de la Qualité de travailleur handicapé).

Modestes considérations sur les dysfonctionne- ments du marché de l'em- ploi et des organisations de travail

Depuis le tournant libéral des années 70-80, le chômage s'est durablement installé et les parcours professionnels sont de plus en plus accidentés. En 2024 il y aurait ainsi 5 millions de personnes inscrites à France Travail, tandis que les estimations optimistes avancent que 1 million d'offres d'emploi seraient simultanément disponibles. Le constat est donc sans appel, il n'y a pas assez de place pour tout le monde.

Pourtant, depuis au moins 25 ans les pouvoirs publics mettent en place des politiques d'"activation des chômeurs", dont la loi "Plein Emploi" est le dernier avatar. Elles consistent d'une part à faciliter l'embauche et le licenciement pour les employeurs (baisse de cotisation, emplois jeunes, contrats premiers embauches, RSA activité, contrat engagement jeune, prime d'activité, Loi Travail de 2016, etc.).

D'une autre part il s'agit de faire peser sur les personnes privées d'emploi la responsabilité de leur situation et celle de la changer, de les inciter, voire de les pousser à «faire évoluer leur carrière», à «acquérir de nouvelles compétences», à développer

leurs «savoir-être», à déménager, à se relooker, à se tourner vers les métiers "en tension" qui impliquent souvent faibles rémunérations, contrats précaires et conditions de travail délétères.

Du côté du recrutement, se développe une culture de la sélection évaluant les candidats non plus sur leurs compétences personnelles et professionnelles mais également, et parfois surtout, sur leurs compétences à se présenter.

Il faut savoir rédiger CV et lettres de motivation, candidater par mail, gérer son profil Lindekin, "pitcher", ou "job dater"... Bref, trouver un emploi est devenu un travail à part entière qui nécessite "savoir", "savoir-faire" et "savoir-être" spécifiques n'ayant souvent aucun lien avec l'exercice de son métier. Pour autant, les entreprises de moins de 9 salariés sont celles qui recrutent le plus et n'ont bien souvent pas de spécialistes du recrutement dans leurs équipes.



© Melissa Menzi

Elles font souvent preuve de procédures de recrutement moins rigides et plus de souplesse dans l'approche par les candidats.

La France fait partie des mauvais élèves de l'UE en termes de conditions et de santé au travail, la proportion de burn-out et d'accidents du travail y est notamment élevée (1). La faute principalement à une culture managériale verticale, centrée sur les objectifs et la rationalisation des ressources, dont les effets vont souvent à l'encontre des facteurs de bien être au travail.

"Emploi = Santé ? Sacré dilemme"

Il y a bien une différence entre les mots travail et emploi. On peut travailler en étant engagé, bénévole, volontaire, militant... et pas forcément en occupant une activité professionnelle rémunérée. C'est sur l'emploi que nous allons axer notre propos.

D'un côté le travail, à fortiori l'emploi peut évidemment être synonyme de souffrance : "management toxique", "surcharge mentale", "discrimination", "maltraitance institutionnelle", "syndrome de l'imposteur", "conflits éthiques et de loyauté", "harcèlement moral"... Tous ces termes qui émergent aujourd'hui dans le débat public reflètent une réalité qui ne saurait être négligée. D'après le baromètre d'empreinte humaine et Opinion Way de septembre 2024, 30% des actifs français ont déjà été en burnout modéré ou sévère au cours de leur carrière. Le risque psychique est grand (manque de sommeil, saut d'humeur, dépréciation, isolement). Dire que les logiques capitalistes tiendraient tout particulièrement compte de la santé des travailleurs serait un euphémisme.

Il est important d'essayer de repérer les valeurs de l'entreprise et les conditions de travail que l'on recherche et qui pourraient convenir à chacun vu que nous



© Melissa Menzi

n'avons pas tous ni les mêmes envies ni les mêmes besoins.

D'un autre côté, la privation d'activité professionnelle régulière peut constituer également une violence, puisqu'en plus d'influer négativement sur le niveau de vie matérielle, elle peut générer de l'exclusion sociale et de l'isolement, affecter l'équilibre psychologique, notamment en entamant l'estime de soi et diminue les compétences professionnelles de celui qui l'expérimente. Le travail (mais ce n'est pas la seule possibilité) peut avoir des vertus identifiées comme un possible facteur de mieux être (2) : augmentation des revenus, inclusion sociale, donner un autre sens à sa vie, nouvelles rencontres, se sentir utile, confiance en soi, se développer ainsi que l'acquisition de nouvelles identités (salarié, collègue, manager, etc). Il peut être un élément constitutif de bonne santé mentale.

L'activité de recherche d'un emploi/formation tout comme l'exercice d'un travail peut générer de l'empowerment (pouvoir d'agir). Elle peut aussi aider à mieux connaître son rapport au travail, ses droits, l'environnement syndical.

Selon nous, en tant que témoins privilégiés, le travail salarié peut être un facteur clé de rétablissement en santé mentale pour peu qu'il soit librement consenti, qu'il soit choisi en fonction de critères consciemment définis et réellement propres à chacun et non pas imposés. Dans le choix de son travail, on peut privilégier les revenus ou l'utilité sociale, le volume horaire, la situation géographique, les missions, travailler seul ou en équipe, sous ou sans pression, diriger ou exécuter... et en retirer des bénéfices en termes de santé mentale.

Concernant la mise en avant de la qualité de travailleur handicapé...

L'employeur n'a pas à connaître la nature du handicap. Certains employeurs ou collègues peuvent avoir des idées préconçues (et discriminantes) sur la capacité des personnes titulaires d'une RQTH : absences, difficultés d'adaptation, paternalisme... générer de la redevabilité comme s'ils n'étaient pas des travailleurs à part entière mais des tra-



Trois photos issues de la série «Le sentiment de sécurité» © Melissa Menzi

vailleurs à part, ce qui en vient à nier leurs compétences et leurs talents et motivations. On les embauche parce qu'il y a des quotas en oubliant les richesses des personnes.

Ainsi une réflexion est entamée avec les personnes concernées autour de ces questions : ce que chacun dit de son handicap ou pas tout en sachant que ces réflexions peuvent évoluer en fonction de sa propre perception de soi, des environnements professionnels...

La divulgation peut se faire à travers l'expression de ses besoins. Les expliciter peut permettre de pouvoir répondre aux attentes du poste.

Elle peut également contribuer à l'amélioration du bien-être au travail, et promouvoir un changement des regards. Comment faire part de ses besoins sans que cela ne renvoie pas à un traitement de faveurs ? Comment divulguer sans être dans une position d'infériorité ? Cela représente un réel enjeu de lutte contre l'auto-stigmatisation et la stigmatisation en général.

Afin de lutter contre ces discriminations, nous proposons également des actions de sensibilisation auprès des entreprises.

Des professionnels non au fait de la méthode ont parfois peur que l'on vende du rêve, mais rêver c'est la vie ! L'espoir est cultivé et accompagné. Il n'est pas dénué de confrontation à la réalité. La personne en fera sa propre expérience en tirera ses

propres conclusions et pourra en parler et rebondir avec nous voir changer de projet. Nous respectons le principe de non-prédictivité de la "réussite" du projet. Chaque moment fait expérience. Qui est le mieux placé pour savoir ce qui est bon pour soi-même ? On essaie, on réfléchit, on construit, on remobilise les forces, on s'adapte aux constats, on avance, on recule mais on chemine ensemble, personnes accompagnées, aidants, job coaches et le cas échéant employeurs.

Ce qui nous anime en dehors du fait de voir se développer une société plus inclusive est que nous sommes également convaincus de la nécessité de sortir de l'idée que les professionnels savent mieux (consciemment ou non) ce qui est bon pour la personne que la personne elle-même. Une horizontalité des rapports entre bénéficiaires et professionnels nous semble très importante quel que soit l'état de santé de la personne que nous accompagnons. Ne pas imposer notre vision de ce qui « serait bon pour l'autre ». Nous nous rencontrons, nous échangeons et construisons au travers des rencontres.

Laurence Vaillant et Marion Azaud du Working First

Le travail est-il vraiment thérapeutique pour les personnes en situation de handicap psychique?

Le gouvernement avec sa dernière loi Plein emploi, incite les personnes handicapées à travailler dans le milieu ordinaire.

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, le travail offre une promesse de normalité et un cadre contenant pour les troubles.

Il conduit forcément à entrer en relation avec les autres.

Est-il pour autant thérapeutique?

**Esquisse d'un cadre théorique et ébauche de réponses
à travers cinq témoignages choisis.**

Pour paraphraser un philosophe de quelque influence du 19^{ème} siècle, je dirais que «le spectre du travail hante les personnes en situation de handicap psychique». Par travail j'entends une activité rémunérée où on est à la disposition de l'employeur. Moi-même, hospitalisé durant quatre ans de 2015 à 2019 (5 établissements psychiatriques) à la suite d'un épuisement professionnel, je suis diagnostiqué dépressif résistant. J'ai laissé le travail de côté 5 années avant de reprendre à mi-temps depuis 2019. Mon rapport est donc ambivalent. A l'heure où pour la énième fois, dans la loi plein emploi, le gouvernement veut inciter les personnes en situation de handicap psychique (PSHP) à travailler, de préférence dans le milieu ordinaire, il m'a paru important de poser la question : le travail est-il thérapeutique?

Une approche globale autour du rétablissement

Je souhaite donner quelques notions générales, pour poser le cadre, puis ensuite je livrerai des témoignages. Une note de l'UNAFAM, association de familles de PSHP «conçoit l'accès au travail pour les personnes concernées par une maladie psychique comme un droit qui doit leur être largement ouvert. Mais elle souligne

aussi la nécessité de prendre en compte les risques d'exposition à des facteurs susceptibles d'aggraver les troubles : stress, fatigue conduisant à l'épuisement, au risque d'échec affectant l'estime de soi. Même si le travail est une des composantes possibles et efficaces du rétablissement, il n'en est pas la composante unique et indispensable.» Le rétablissement étant la possibilité de mener une vie épanouissante avec une maladie psychique chronique. C'est à dire qu'à rebours du discours «travailliste» des pouvoirs publics, le travail n'est pas considéré comme la panacée même si, souligne Fabienne Giannelli, psychologue du travail, psychanalyste et directrice de l'emploi inclusif à l'association «Les ailes déployées» : «le travail est par essence social et sa fonction psychologique revient à ce qu'il donne un cadre structuré par des règles et contraintes».

Il est important de noter que «le rapport au travail est le même pour les handicapés et les valides» souligne Amélie Fayet, psychiatre à Vannes. Jean Luc Tomas, enseignant-chercheur en psychologie du travail au CNAM relève que : «les schizophrènes, par exemple, s'engouffrent dans les failles de l'organisation corps et âme. Ils peuvent décompenser si la qualité du travail est empêchée». Comme les canaris

des mineurs, ils anticipent les coups de grisou. Ils sont les guetteurs des dysfonctionnements de l'organisation de travail. Et en tant que tel ils doivent bénéficier de conditions particulières. J'aime aussi beaucoup cette réflexion de Jean-Luc Tomas : «il est super important de se forcer». Je me rends bien compte que la contrainte forte d'aller au travail et de faire bonne figure (je suis prof particulier) participe de ma capacité à me tenir debout quand les angoisses sont trop fortes.

Pour dire vrai, le cadre théorique est bien étayé, mais il me satisfait à moitié. Alors de manière totalement non-scientifique, je vais vous livrer des témoignages de cinq PSHP sur leur rapport au travail. Je ne poserai pas d'étiquette diagnostique stigmatisante mais ferai part des symptômes.

Pierre : enfin réconcilié avec le travail

A 44 ans, Pierre a enfin trouvé un travail qui lui convient. Il livre des pizzas à scooter. De quoi camoufler le symptôme qui fait qu'il parle tout seul. En effet, explique-t-il : «Je m'invente des voix tout seul dans ma tête, je m'invente des amis, je parle à une personne imaginaire qui n'existe pas», alors qu'il a «accumulé des frustrations à la suite d'erreurs et de méchanceté de la part de mes parents» notamment. Pierre

a connu plusieurs expériences professionnelles : serveur, supérette, usine, moniteur en colonies de vacances... Mais il était trop concentré sur ses problèmes : «mon passé, ma frustration par rapport à la vie que j'aurais aimé avoir et que je n'ai pas eue» et il «passait pour un gogol» en parlant tout seul. Aujourd'hui, employé depuis 2020 il souligne que le travail : «m'apporte un cadre, occupe mes journées, me donne des responsabilités en plus du fric». Car l'argent est important. Se reposer sur une Allocation adulte handicapé à 1 016 euros par mois ne suffit évidemment pas.

Karine : le travail fait du bien, le travail fait du mal

Les troubles de Karine, 54 ans, ont commencé à la naissance de sa fille. Elle a commencé à avoir une «impuissance» par rapport à tous les événements de la vie : «si je dois changer une ampoule du salon, de téléphone portable, ça me fait peur». Après une hospitalisation : «j'ai voulu absolument reprendre le travail car financièrement c'était difficile, pour le lien social, me rendre utile à la société, avoir accompli quelque chose de bien». Pour supporter la pression elle est passée d'infirmière à assistante-kinésithérapeute, un métier théoriquement moins stressant. Mais le travail aggrave aussi ses symptômes : «j'ai cette sensation d'être angoissée, la boule au ventre, des fois je cherche mes mots, j'arrive plus à parler, j'ai énormément chaud. Je n'ai qu'une envie, c'est de tout laisser en plan et de partir.»

Carole : le travail pour masquer la maladie

Carole, 42 ans, a un rapport particulier à sa maladie, dont les symptômes sont des angoisses et de la tristesse : «cette maladie, je la refuse, je la rejette, je lutte contre elle». Le travail lui apporte la normalité à laquelle elle aspire, comme beaucoup de PSHP : «Je n'ai jamais pensé à ne pas travailler parce que pour moi ça fait partie de la vie. Sinon, ce serait me reconnaître handicapée. Je veux mener la vie la plus normale possible et la maladie doit se plier à ça.» Son métier de directrice de crèche «fait partie du masque, du rideau. Le travail ça meuble, tu ne penses pas à tes soucis, c'est une fuite en avant».



Sortie des usines de Soin'Soin

Par ailleurs, elle dit ne pas vraiment adhérer à la thérapie. Sa hantise, c'est que ses collègues de travail connaissent sa maladie, qui lui vaut plusieurs arrêts qu'elle maquille en maladie somatique. Au final le travail lui apporte une normalité nécessaire et l'impression de «ne pas être un poids pour la société». Mais le bien-être?

Françoise : sans joie sans haine

Françoise, 62 ans, a des hauts et des bas plus vertigineux que la moyenne. Elle a travaillé la majeure partie de sa vie et occupe actuellement un emploi dans l'administration. Au rayon du positif : «ce qui me plaît c'est le contact avec l'extérieur». Il y a aussi l'aspect pécuniaire car elle n'a pas droit à l'Allocation adulte handicapé. Mais, relève-t-elle : «le travail ne fait pas du bien pour les troubles». En effet il y a les stress qui génèrent de fortes angoisses. Cependant Françoise a eu une promotion avec une cheffe bienveillante et a formé trois personnes. Reste que «Le travail pour moi c'est sans joie sans haine. J'ai hâte d'être en retraite».

Benjamin : un travail difficile à apprivoiser

Benjamin Rochet a commencé à entendre des voix en 2003 («elles me permettaient de me sentir moins seul»), ce qui ne l'a pas empêché de finir ses études de master 2 en math appliqués, spécialisé dans les statistiques, en 2007.

Puis il a commencé sa vie professionnelle dans des SSII, des institutions publiques, mais aussi des stages ouvriers, un travail manuel à la régie de quartier de Blois où il a tenu 2 mois avant de décompenser à cause des horaires matinaux... Il résume ainsi son rapport au travail : «je n'ai pas connu de phase de travail où j'étais épanoui» ou encore : «si je pouvais me réaliser dans le travail je serais ravi mais pour l'instant je n'ai pas rencontré cette opportunité». Ennui, horaires fatigants et aussi vie sociale à côté très pauvre. Ce qui montre en passant que le travail seul ne résout pas tout. Il participe d'un ensemble vers le rétablissement. Pour Benjamin, il n'a qu'un seul intérêt pour l'instant, pécuniaire : «Je n'ai pas le choix, il me faut des sous, si je pouvais me passer de travailler je le ferais. Mais juste l'allocation adulte handicapé ça ne suffit pas.»

Alors, le travail est-il thérapeutique pour les PSHP? Par son inclusion sociale, ses contraintes, les relations qu'il provoque, il participe du rétablissement. Il oblige à se tenir debout quand il est de qualité. Mais les entretiens avec les personnes interrogées montrent d'abord que le travail reste un objet thérapeutique non identifié.

En fait, c'est exactement pareil que pour les valides, auxquels on demande rarement si le travail fait aller mieux.

Rémi Uzan

Happy Summer !!



Mary Ellen Mark

Ressources !

Petits liens
et recap' des infos
évoqué dans ce numéro.

Le Blog de Lise

:<https://beesonlabeillebovine.wordpress.com/>

Pour chercher un lieu de soin

retab.fr

Carte resistance psy : rescencement de
lieu psy alternatif :

resistancepsy.gogocarto.f

latrame.fr

Le Super- Gem de St Denis

**Pour se défendre, trouver de l'aide où
que vous soyez.**

advocacy.fr/

radio-la.fr

une radio faite par des usager.es.

Sur moteur de recherche type google,
tapez «radio libertaire l'entonnoir» et
vous tomber sur une super radio de «cri-
tique de la psychiatrie et de son monde»

Les Editions Météores

<https://editionsmeteores.com/>

Santé et addiction :

Arca-sud.fr
Nouvelle Aube

commedesfous.org

Très acitfs et pleins de ressources. Et en
plus ils sont en train d'organiser
les Mad Pride !

**Pour trouver un Groupe d'entraide
Mutuelle
près de chez vous**

[psycom.org/sorienter/les-groupes-den-
traide-mutuelle/](http://psycom.org/sorienter/les-groupes-den-
traide-mutuelle/)

Le site psycom.org comporte aussi beau-
coup de ressources

**Pour porter plainte sans bouger de
chez soi, ni aller voir
ces ### de flics**

www.service-public.fr/simulateur/calcul/
Porter_plainte

lesdevalideuses.org

Collectif féministe sur le handicap

Liste mail communautaire sur le psy,
pour se poser des questions entre nous,
très utile, une bouffée d'air frais,
inscrivez vous

en envoyant un mail à :
desaliener@poivron.org

A voir sur Youtube :

la psychiatrie du soleil

Une chaine où l'on vulgarise
les pathologies et c'est plutôt bien fait .

Martial, dit l'homme bus.
Histoire autour de la folie, Paule Muxel
et Bertrand de Solliers.

Livres

Dutoit martine, 2008, **l'advocacy en
france: un mode de paticipation active
des usagers usageres en santé mentale**
Kropotkine Pierre, 2005, **L'entraide :**
Un facteur de l'évolution,
Broché.

Ebersold Serge, 1999, **L'invention du
handicap : La normalisation de l'in-
firme,** Broché.

Castel Robert, 1995, **les métamor-
phoses de la question sociale ,** Fayard.