

"EH BEN ALORS, QUEL BORDEL !".

NON CE N'EST PAS LA CHAMBRE D'UNE PERSONNE AVEC LA PATHOLOGIE DE DIOGÈNE,
C'EST NOTRE MONDE ! WELCOME TO THE REAL WORLD !

APRÈS AVOIR FAIT LE DEUIL DE TROUVER TOUTES LES SOLUTIONS AUX MAUX ACTUELS DANS CE NUMÉRO,

NOUS ALLONS PLUS MODESTEMENT PARLER DE LA GUERRE EN PALESTINE

ET DES RAVAGES SUR LA SANTÉ MENTALE DE SON PEUPLE.

IL FAUT CONTINUER À SE MOBILISER CONTRE LES HORREURS DU COLONIALISME ET MENER HAUT NOTRE VOIX POUR

POUVOIR ESPERER UN CHANGEMENT. MAIS NOUS PARLERONS AUSSI D'AMOUR

ET DE SEXE EN HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

NOUS ABORDERONS AUSSI LA DELICATE QUESTION DE LA SOUFFRANCE PSY POUR LES PROFESSIONNELLES DU SOIN, DE

L'INCESTE POUR LES ADULTES, TOUT EN FINISSANT SUR DES GROUPES D'ENTRAIDE ET DE SOLIDARITÉ ENTRE PERSONNES

CONCERNÉES PAR UNE SOUFFRANCE TROP MAL CONSIDÉRÉE.

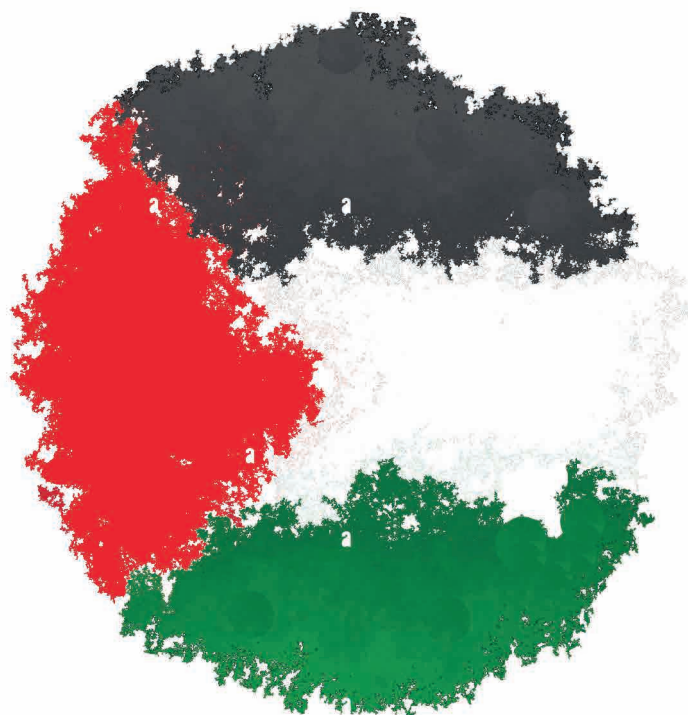
SEUL L'ACTIVISME EST THERAPEUTIQUE !

REUNISSEZ-VOUS ! ENTRAIDEZ-VOUS ! CREEZ DES GROUPES DE PAROLES ET DE SOUTIEN !

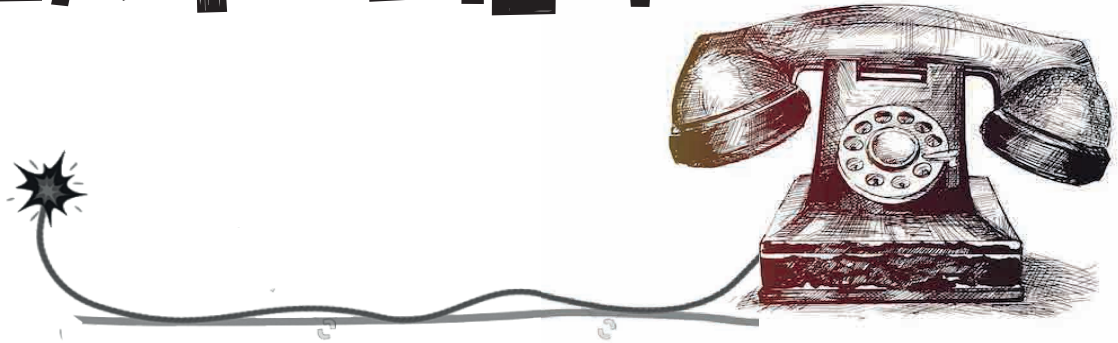
IL EST NECESSAIRE DE SE RÉAPPROPRIER NOS SOUFFRANCES

AFIN DE MIEUX LES VIVRE ET LES COMPRENDRE.

ET ENCORE MERCI POUR VOS SOUTIENS, NOUS AVONS GRANDEMENT BESOIN D'EUX.



ALLÔ ? LA FOLIE ?



Ecrit par un collectif de personnes concernées, ce témoignage à la première personne sait mettre en avant la difficile question du «vivre avec», ou comment considérer l'originalité psychique d'une façon non médicale. Etre considéré.e comme folle ou fou, c'est devoir se soumettre à l'avis des autres, tout le temps. Si l'on ne considère la folie que comme une maladie, il y a évidemment un problème.

Bip Bip allo ? c'est moi,
'fin nous, le verdict est tombé....
Je suis bipolaire.

Des hauts et des bas, le bas toujours après le haut et le haut toujours après le bas mais c'est pas si mal tu sais ? Je veux dire les phases hautes, c'est pas si mal, j'ai plein d'énergie et je peux faire plein de trucs, je peux danser et aller embrasser la mer, je peux rencontrer des gens et les enlacer, c'est TROP cool !

C'est ça les phases hautes, quand il m'arrive un truc pas terrible, je rigole, je trouve ça drôle. Dans ces phases là, pas besoin de beaucoup de sommeil, je me réveille tôt et je me demande ce que je peux bien faire aussi tôt dans la journée, c'est si rare pour moi, d'être éveillé.e le jour. Alors je vais me promener au cimetière, je cherche à pas tomber sur les tombes qui se plantent sur mon che-

min et le gardien m'tape la discut. Je me dis qu'il a l'air sympa mais qu'en même temps j'ai peur que si je lui parle trop il va finir par me draguer. Tu vois, dans ces phases là, je suis TRÈS bavarde, je parle avec tout le monde, le premier mec qui m'adresse la parole, qui me drague, qui me harcèle ensuite, ou tout de suite.

Mais tu vois, comment tu veux que je m'en sorte si je profite pas de la joie que ça m'apporte ? Si chaque parcelle de ma bipolarité je l'enferme dans la souffrance. Je veux pas de ça puis tu sais quoi ? J'ai la rage parce que si c'est aussi dur d'être bipolaire, d'être folle. c'est parce que je vis dans un monde qui déteste les personnes comme moi? Tu me détestes pas? Merci mon chou, c'est gentil. Tu vois, les autres aussi, iels

vont pas me dire qu'iels me détestent, enfin pas tout le temps, iels vont dire que je suis dangereux et m'exclure, iels vont m'imposer un récit de vie qui n'est pas le mien, un langage que je ne maîtrise pas, une vision sur ma «maladie» qui n'est pas la mienne, iels vont me définir à ma place, me déshumaniser, m'utiliser comme un jouet, une expérience, un fétiche, un objet. Iels vont rigoler, mais moi j'ai pas le droit de rire, elleux oui. Je n'ai pas le droit de me raconter, elleux peuvent me raconter. Iels savent mieux que moi de toute façon, tu le savais ça ? Quand t'es fou, tout le monde sait mieux que toi, ce que tu es, comment faut te définir, quels mots poser sur toi, ce qu'il faut faire, comment mener ta vie, ce qui est bon et mauvais pour toi, si tu aimes ou non, ta temporalité.

Quand t'es fou t'as pas le droit d'être heureuse aussi et tu dois t'agenouiller. Tu as besoin d'aide ? Agenouille toi et pleure, montre tes cicatrices pour les faire bander. Faut prouver ta souffrance, faut montrer que tu ne mens pas, que tu souffres « pour de vrai » et plus que les autres (c'est une compétition oui !), que tu ne « profites » pas des bonnes gens qui payent leurs impôts, que tu n'es pas un nuisible mais une pauvre petite victime, il faut surjouer ton désespoir et cacher ton mépris. Ce sont tes sauveurs, tes bienfaiteurs, lèche leur les pieds et remercie les pour les quelques miettes qu'ils t'auront jeté à la gueule. J'aimais quelqu'un.e, et ielle m'aimait aussi.

Au tout début, je lui ai dit : « Ne cherche pas à me soigner et iel m'a promis, iel m'a pris.e dans ses bras et m'a dit « je n'essaierai pas de te guérir » Là je me suis dit.e « Wa ! J'ai trouvé le love, l'amour le vrai, on m'aime comme je suis là maintenant. Mais en fait non, c'est un piège.

Tu vois, il y a des gens qui on des passions dans la vie : réparer les choses cassées.



DUANE MICHALS

«Moi la folie.
je l'aime bien.
C'est ce qui me permet
de survivre.
Tu vois ?
Y a des gens ils ont
plus rien du tout, et
quand t'as plus rien,
il te reste la folie.
Et si tu leur retires,
ils crèvent.
Je veux pas crever».

C'est simple, soit tu vas à la déchetterie, soit tu prends un truc et tu le casses pour le réparer. Moi, on me prend à la déchetterie, puis on me brise les os, histoire d'être sûres qu'il y ait bien un truc à réparer. Mais faut bien doser, faut que ça dure sur le long terme, faut que tu casses quotidiennement un petit peu.

Voilà, comme ça, doucement.

C'est tout une technique ! On me dit « parle » mais j'ai les mots. J'ai une langue, une bouche, mais pas les mots. Je pars à leur recherche mais ça prend du temps, des années. Et parfois ça suffit pas, parfois faut les construire soi-même, avec ses mains et ses doigts. Faut chercher encore, y a-t-il des mots pour l'errance ? Et là je me suis dit je veux changer, c'est plus possible, je me demande pas pourquoi.

Il faut ME changer. Je retire quelques

briques du mur qui m'entoure, je parle un peu. Je me force, c'est pas agréable. J'espère que ça suffira, que la personne sera contente. Qu'elle continuera de m'aimer. Je n'ose pas l'admettre mais je ne cherche pas à guérir, je cherche à être aimé. Les gens qui m'aident, ils m'aiment pas, je veux dire ils m'écoutent même pas. Logique tu me diras, j'ai pas les mots, je dis rien et je sais pas m'exprimer, et les rares fois où je parle c'est pas moi, c'est la folie qui parle, et la folie, ça ne s'écoute pas. L'amour qu'on donne aux fous est toujours conditionnel – je t'aime à condition que tu guérisses et que tu fasses tous les efforts du monde pour guérir. L'amour que les fous donnent est inconditionnel. Si tu veux aimer, ton amour se doit d'être inconditionnel. Il n'y a rien de plus fou, que d'aimer inconditionnellement.



Mais tu vois, là je parle beaucoup, c'est la manie, je parle même quand j'ai rien à dire. Après je chute et je dis plus rien, je disparaïs. Je tombe. Quand on tombe par terre on se dit qu'on peut pas tomber plus bas mais c'est faux, tu peux toujours creuser la terre, enterré. Tu sais pas comment sortir de là et tu te dis que quitte à être enterré là, autant crever. Mais c'est pas forcément aussi simple que ça, je veux dire je suis toujours en vie. La bipolarité c'est pas aussi simple que ça et même pour tout te dire, mais c'est un secret, faut pas le dire – je ne suis pas malade.

Oui oui je t'explique, attends !!! J'ai jamais vibré avec le concept de maladie. Je veux dire la maladie c'est un truc que tu soignes, et moi je veux pas être soigné.e. Et la maladie, c'est un truc insupportable et qui fait peur, moi ça me fait rire et ça me fait aimer. Moi la folie, je l'aime bien. C'est ce qui me permet de survivre. Tu vois ? Y a des gens ils ont plus rien du tout, et quand t'as plus rien, il te reste la folie. Et si tu leur retires, ils crèvent. Je veux pas crever. 'Fin pas aujourd'hui. Demain peut être, mais aujourd'hui j'ai des choses à te dire! Tu vois la folie, on m'a toujours dit de la fuir, de la réprimer. J'ai voulu

la suivre pour voir où elle me mène. Et j'ai découvert des choses que je peux pas dire. Les mots n'existent toujours pas. Mais j'ai aussi découvert des choses où les mots existent pour les décrire. J'ai découvert des réalités et des mondes parallèles. Tu sais ce que c'est que d'être visiblement fou dans l'espace publique ? C'est dangereux. Parce que les autres supportent pas ta vue, ton existence,



ta liberté ; ça reflète leur captivité. Et donc tu vois, non tu vois pas, t'étais pas là, mais après, y a la répression, et pour y faire face : faut être fou. Sans la folie, comment supporter la violence ? Là j'ai compris pourquoi ma folie existe. La manie pour me prendre les coups, la dépression pour m'en remettre. La manie pour les avaler, la dépression pour les digérer. La manie pour avoir l'énergie quand il faut, la dépression pour récupérer la fatigue accumulée. La manie

pour dire que tout va bien, la dépression pour dire que tout va mal. La dépression, c'est le frein, ça te dit STOP CA SUFFIT PAUSE NE CONTINUE PAS SI ON SE PREND UN COUP DE PLUS ON Y SURVIVRA PAS.

Alors, après avoir tapé mon meilleur sprint, je reste au lit. Faut survivre et attendre. C'est dur, c'est traumatisant. T'as personne qui est là. Ne serait-ce que pour t'aimer. T'as la haine qu'il n'y ait personne. Et après si tu survis à ça., alors c'est reparti pour un tour, la manie revient, t'es de nouveau prêt.e à te battre. C'est épuisant. Mais tu survis. Et parfois, tu vis un peu. Écoute, quand j'ai compris ça, j'ai voulu me triturer, comprendre les engrenages et jouer avec. J'ai fait exprès de me rendre bipolaire, parce que j'en avais besoin, je veux dire, parfois, pour survivre j'avais besoin de la manie et d'autres fois de la dépression. J'ai appris à contrôler ça, pas totalement, mais j'ai appris à me rendre encore plus maniaque, et à me faire chuter. Oublie ce que je viens de dire, c'est un

Si tu veux être aimée, ne sous-entend jamais que tu ne peux pas guérir. Maintiens l'illusion autant que possible. Gagne du temps, profite de chaque goutte d'amour qui s'éclate sur ta peau.

secret et personne doit savoir que c'est possible et que ça se fait, c'est interdit.

Pas un mot. Je suis folle et je dis n'importe quoi, ne répète pas ça, c'est dangereux. Oublie. Efface. Dissocie. Ce que je veux dire – ce qu'il faut retenir – c'est que ma bipolarité existe en fonction de la violence que je subis. Si je subis de la violence, je suis bipolaire – car j'ai alors besoin d'elle, si j'en subis pas et que je n'ai pas de-

trauma à digérer, je suis « stable ». Moi c'est comme ça que ça marche. Attends je m'égare, c'est quoi que je devais t'expliquer déjà ? Ah oui ! Le piège ! Quand t'es fol, on te prend tout. Tout dégringole, tu te retrouves avec des ruines et des pavés. Les pavés c'est pour les flics, je sais, mais quand t'es fou, y a pas que les flics, y a les psychiatres aussi, et y a pas que les psychiatres, y a tout le reste. Avec moi, tout le monde se com-



porte comme un.e psychiatre. Je vis dans un monde de psychiatre, c'est un cauchemar.

Chacun.e a en soi la possibilité d'être soit un.e psychiatre soit fou.lle. J'aurais aimé leur dire, plus tu cherches à me soigner plus tu me détruis. Me soigner, c'est me nier l'amour pour moi-même, et l'amour des autres. Me soigner, c'est ne pas m'écouter, qui a déjà pris le temps d'écouter ma folie comme tu le fais là ? Ah merde, je m'égare encore. Faut que je t'explique les mécanismes, c'est pour te défendre, non, c'est pour te protéger. Tu prends quelqu'un.e qui

t'aime, iel sait que t'es folle. Mais iel t'aime comme tu es. Mais tout le monde a au fond de lui un.e psychiatre. Cette personne se met en tête de te soigner.

On te soigne, parfois, on te demande

J'ai fait exprès de me rendre bipolaire, parce que j'en avais besoin, je veux dire, parfois pour survivre j'avais besoin de la manie et d'autres fois de la dépression.

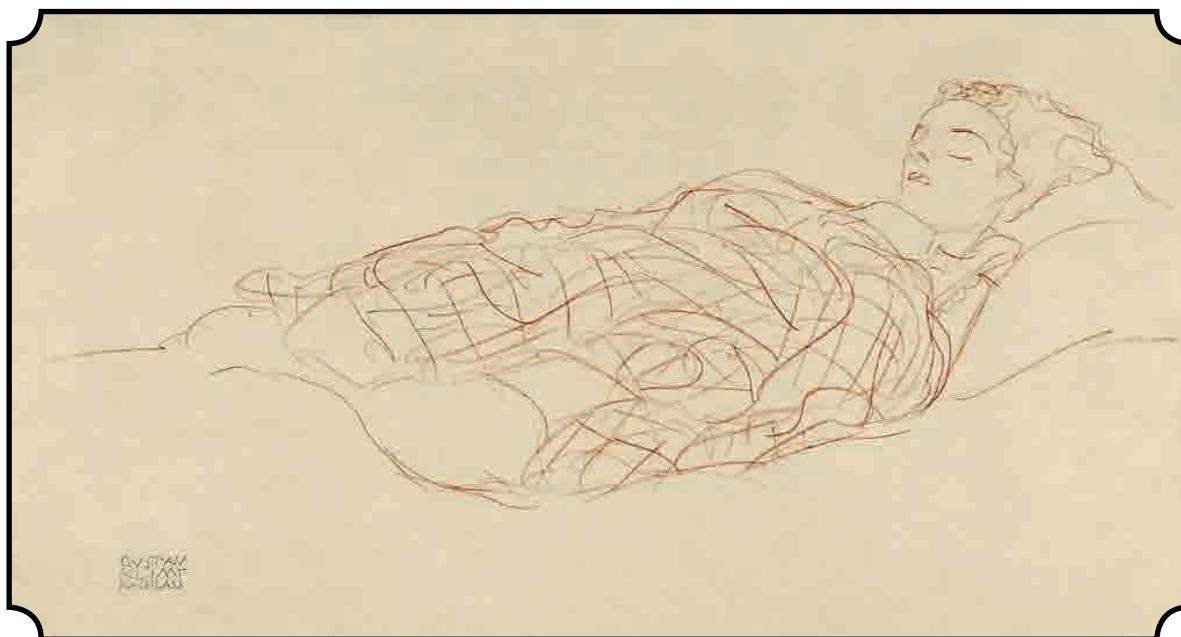
ton consentement, tout est en règle, mais on te demande jamais si t'es en état de consentir. Et on s'assure que tu ne sois pas en état de consentir.

Mais la plupart du temps, on te demande rien, pourquoi te demander ce dont tu as envie, ce que tu ressens si on a le pouvoir de s'en passer ? T'as qu'à dissocier si ça te plait pas, comme

tu sais si bien faire. Puis tu es fol, pas besoin de consentement pour être en règle, tout est en règle, nous on sait. Mais tu l'aimes. Alors je supporte, puis délicatement j'essaie de dire que là ça va pas, 'fin ça va pas trop, que je préfère me débrouiller seule. Tu sens que ça crée une rupture, tu sens la tension, la perte. Tu te dis est ce que je peux m'en sortir seule, genre vraiment seule, certes c'est pas terrible, mais au moins y a quelqu'un.e avec moi. Quand on est handicapé.e c'est compliqué parfois d'être entouré.e. Je veux dire d'être vraiment entouré.e.

J'avais essayé de rejoindre un groupe pour rencontrer des gens comme moi mais on m'a refusé l'entrée, on m'a dit que je suis un danger, pas en danger, 'tention : UN danger.

Si tu veux être aimée, ne sous-entend jamais que tu ne peux pas guérir. Maintiens l'illusion autant que possible. Gagne du temps, profite de chaque goutte d'amour qui s'éclate sur ta peau. Sacrifie-toi pour leur amour, tu n'auras que ça. Mais tu mérites mieux. Je t'aime. On va te culpabiliser, on va te reprocher de leur prendre du temps et de l'énergie ! Tu sais où ça mène ça ? Attends tu vas voir. Donc, on te met dans un état vulnérable, on te maltraite on te fait



G.KLIMT

comprendre que ton état traumatique n'est pas acceptable, que tu peux pas vivre comme ça, que c'est triste mais d'une tristesse gerbante. Tu n't'aimes plus, tu es terrifié.e, tu te détestes tellement que tu veux à tout prix guérir. Tu peux pas. Tu as peur. T'as l'impression d'être mort.e, faut guérir. Mais on te dit que c'est pas assez, jamais assez, que ça leur coûte, et donc ça crée une dette. T'es endetté.e ma chérie, tu comprends ça ? Tu te fais exploiter, utiliser, soumettre. Et tu restes là, persuadée d'être dans le tort et que si tu travailles assez tout ira bien « comme avant » et tu seras de nouveau aimée. Tu entends ? Moi j'entends. Oui je t'entends, je te sens aussi.



J'entends ton cœur qui panique, qui se serre et s'étrangle lui-même. Je le sens se battre dans ta gorge. Je t'entends, je sais, je suis là, je t'écoute.

Je sais, tu n'as pas les mots et ils n'existent pas, mais avec moi tu n'as pas besoin de mots. Tu veux que je continue ? T'es sûre ? Je peux reprendre une prochaine fois.

Bon si tu insistes.

Je disais donc, quand t'arrives à ce stade-là, t'essaie de parler, tu dis que tu te sens pas trop bien... Dans la relation je veux dire... Tu te sens plus toi-même, tu ne te sens plus à l'aise. Tu sais plus quoi faire... Tu ne sais plus comment tu dois être pour que la personne t'apprécie. Non ça, tu le dis pas, tu le penses très fort. Tu dis juste que t'as l'impression que la relation se détériore. Et là c'est facile, je veux dire, t'es folle donc c'est facile. Je t'explique, quand on en a marre de son jouet, bah on le jette. Mais si ! Je t'avais prévenue ! Donc là ça fait « compte plus sur moi pour t'aider, j'en suis incapable, tu ne peux compter que sur toi même, il n'y



GRAVURE SUR BOIS DU 17ÈME SIÈCLE

a que toi qui peut savoir ce qui est bon pour toi, je crois en toi, tu vas y arriver». Tes repères ont été brisés, il reste plus rien. Mais t'inquiètes pas, iel « croit en toi ». C'est gentil ça, oui, très gentil, c'est vrai, faut croire en soi, sinon ça veut dire qu'on est en dépression, euh malade euh qu'il faut se soigner donc euh donc qu'on reconnaît qu'on ne peut pas croire en sa réalité et après iel part, je veux dire pas forcément, parfois iel reste même si tu lui es insupportable, jusqu'à que tu lui sois complètement inutilisable, et parfois iel se barre avant et là iel te sort que y a plus d'espoir pour toi. Et c'est vrai, si ses «soins» si précieux n'ont pas porté leurs fruits, c'est que t'es un cas désespéré non ? Pleure pas, c'est la vie c'est comme ça, enfin non, c'est la mort plutôt. T'es en deuil, c'est la rupture, mais t'es en deuil de l'amour, et t'es en deuil de la vie, et t'es en deuil de toi aussi, tu sais même plus ce que tu es, tu sais même plus ce que t'as perdu. Moi aussi je suis en deuil pour toi. Je te parle et mon cœur se serre et s'étrangle. Je suis là, je reste là, mes mains sont là, tu peux les prendre, je voulais lui dire « pourquoi tu privilégies ma guérison à notre amour»

y a pas de guérison sans amours, et par là je ne veux pas dire qu'il faut trouver « l'âme sœur » pour guérir, mais que soigner sans amours tue. Et peut-être que je ne peux pas te soigner, ni te sauver, ni t'aider, mais je peux t'aimer, je pourrai toujours t'aimer, tu pourras toujours prendre ma main pour te réchauffer. Toujours. Dis, tu me crois si je te dis que chui pas bipolaire ? Juste amoureuse. Bip Bip Bip allo ? Dis tu m'écoutes ? Ah, je parlais encore tout.e seul.e MDRRR

Les auteur.ices n'ont pas souhaité être nommé.es

Santé mentale En Palestine

Un trauma historique

Il nous paraît urgent et essentiel de parler de la situation en Palestine. Les souffrances mentales y sont grandes et encore mal prises en considération par la communauté internationale. Pourtant, si l'occupation israélienne se fait par une force militaire destructrice, c'est d'une même intensité qu'elle s'opère sur le plan psychologique.

Le traumatisme colonial

Les causes des colonisations sont principalement économiques (manque de ressources), religieuses et "civilisatrices". Ces deux dernières pouvant être largement considérées comme prétexte pour la première. Pour cela un maelstrom de violences s'abat sur le territoire - proie : invasions, guerres, réquisitions des biens et des terres, dépossessions de l'appareil légal et administratif, oppressions brutales et systémiques, effacement de l'histoire du peuple, privation de liberté, esclavagisme, torture ou assassinats. La notion de traumatisme colonial fut développée par Frantz Fanon, psychiatre martiniquais.

Il a étudié les conséquences psychologiques de la violence sur les personnes colonisées.

Malgré une prise de position bien trop subversive à l'époque pour être considérée plus sérieusement, il va plus loin et étudie les troubles et souffrances psychologiques de patient.es des générations suivantes, issues de famille ayant connu la colonisation et y établit des liens de cause à effet.

Les conséquences sur la psyché sont nombreuses, très variées et sont majoritairement de l'ordre du PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) c'est à dire le stress post traumatique : troubles anxieux et dépressifs, dissociations, troubles du sommeil, de l'appétit, difficultés cognitives, hypervigilance et agressivité. Les personnes victimes du colonialisme sont à la fois meurtries sur leur identité propre et communautaire, et à la fois en leur propres corps.

La Palestine

En Palestine, la colonisation n'est pas reconnue en tant que telle, ni même le pays d'ailleurs, compliquant la prise en charge et la visibilité des souffrances du peuple, coincé dans un moment figé de l'histoire, un espace indéfini et meurtrissant, caractérisé par la violence et le manque de liberté continue. Un espace où les nouvelles générations n'ont pas connu le début de la guerre et ne connaîtront peut-être pas sa fin.

Samah Jabr, psychiatre en Cisjordanie et autrice du livre "Derrière les fronts", ne cesse d'alerter sur la situation par des conférences, formations, articles et livres sur le sujet. Elle a répondu à nos questions afin de mieux comprendre la situation actuelle et les enjeux psychiques auxquels le peuple palestinien est confronté.

Nous sommes clairement face à un génocide, 40 000 morts, 70 % des habitations détruites, l'exil de la population est en cours, blocages des denrées de survie envoyées par les aides humanitaires, quels vont être les prochains problèmes auxquels les psychiatres vont bientôt être confrontés ?

Les psychiatres palestiniennes de Gaza sont confrontées à des défis immédiats et urgents à la suite de l'assaut en cours, notamment : un effondrement des services de santé mentale : les bombardements et les destructions constantes à Gaza ont rendu presque impossible l'approvisionnement des services de santé mentale. Les ressources essentielles telles que la nourriture, l'eau, le carburant et l'électricité sont rares, ce qui rend difficile la satisfaction des besoins humains fondamentaux, sans parler des soins de santé mentale. La fermeture des centres publics de santé mentale et le bombardement de



l'hôpital psychiatrique pour patientes hospitalisées ont conduit à un effondrement complet des services. Les professionnelles de la santé mentale à Gaza ont du mal à prodiguer des soins, il n'y a presque plus de structures, beaucoup ont perdu leur maison, leurs proches et leurs biens, certaines ont perdu la vie. À ma connaissance, il n'y a plus que quatre psychiatres à Gaza.



Littéralement, il n'y a pas de place pour la santé mentale, encore moins pour le concept de "lieu safe". De nombreux collègues étrangers et bien intentionnés souhaitent également aider, mais les approches thérapeutiques traditionnelles, telles



SAMAH JABR

que les médicaments et les soins personnels individualisés, peuvent ne pas être adaptés pour traiter le traumatisme collectif subi par le peuple. L'accent devrait plutôt être mis sur des formes de soins collectifs et populaires, telles que les séances de thérapie de groupe, par la pratique artistique et les activités militantes. Ces approches favorisent la solidarité et la résilience au sein de la communauté.

« J'ai toujours plaidé pour une collaboration entre les professionnelles, les familles et les associations communautaires afin d'assurer un soin holistique »

Enfin, je tiens à souligner que la solidarité et les soutiens internationaux sont cruciaux pour reconstruire le système de santé mentale à Gaza et fournir des ressources pour les secours immédiats et le redressement à long terme. Les professionnelles de la santé mentale à Gaza demandent de l'aide pour former et déployer des cheffes de service afin de faciliter les interventions thérapeutiques et de reconstruire une infrastructure en santé mentale.

Donc comment sont prises en charge les personnes souffrantes à Gaza et en Cisjordanie ?

À Gaza et en Cisjordanie, l'offre de soins en santé mentale sous cette occupation continue se heurte à d'importants défis et même si elles ont extrêmement réduites, les professionnelles en santé mentale travaillent avec zèle pour apporter soutien et soins à celles et ceux qui en ont besoin, par divers réseaux s'il le faut, hospitaliers, associatif ou religieux. Ils et elles explorent des approches alternatives aux soins psychiatriques occidentaux classiques, reconnaissant la nécessité de protocoles de soin en fonction du contexte social et politique, très particulier, et en accord avec la culture palestinienne.

Cela inclut la reconnaissance de l'identité du peuple palestinien et de sa souffrance.

Avant le 7 octobre, j'allais à Gaza pour soutenir mes collègues là-bas car il y a des centres publics de santé communautaires et un travail de sensibilisation sur la considération des usageres dans les établissements de soins. Malheureusement, tout a presque disparu depuis le 7 octobre et beaucoup de ces établissements sont fermés, laissant environ 40 000 patientes psychiatriques sans soins. **Est-ce que le rôle de la famille est important dans la prise en charge des personnes souffrantes ?**

Véritable source de réconfort, de protection et d'inclusion, la famille constitue la pierre angulaire du soutien et des soins aux patient.es, jouant un rôle essentiel dans le rétablissement, la résilience et l'intégration des personnes dans la communauté. La famille sert souvent de première ligne de défense pour répondre aux besoins des patient.es.

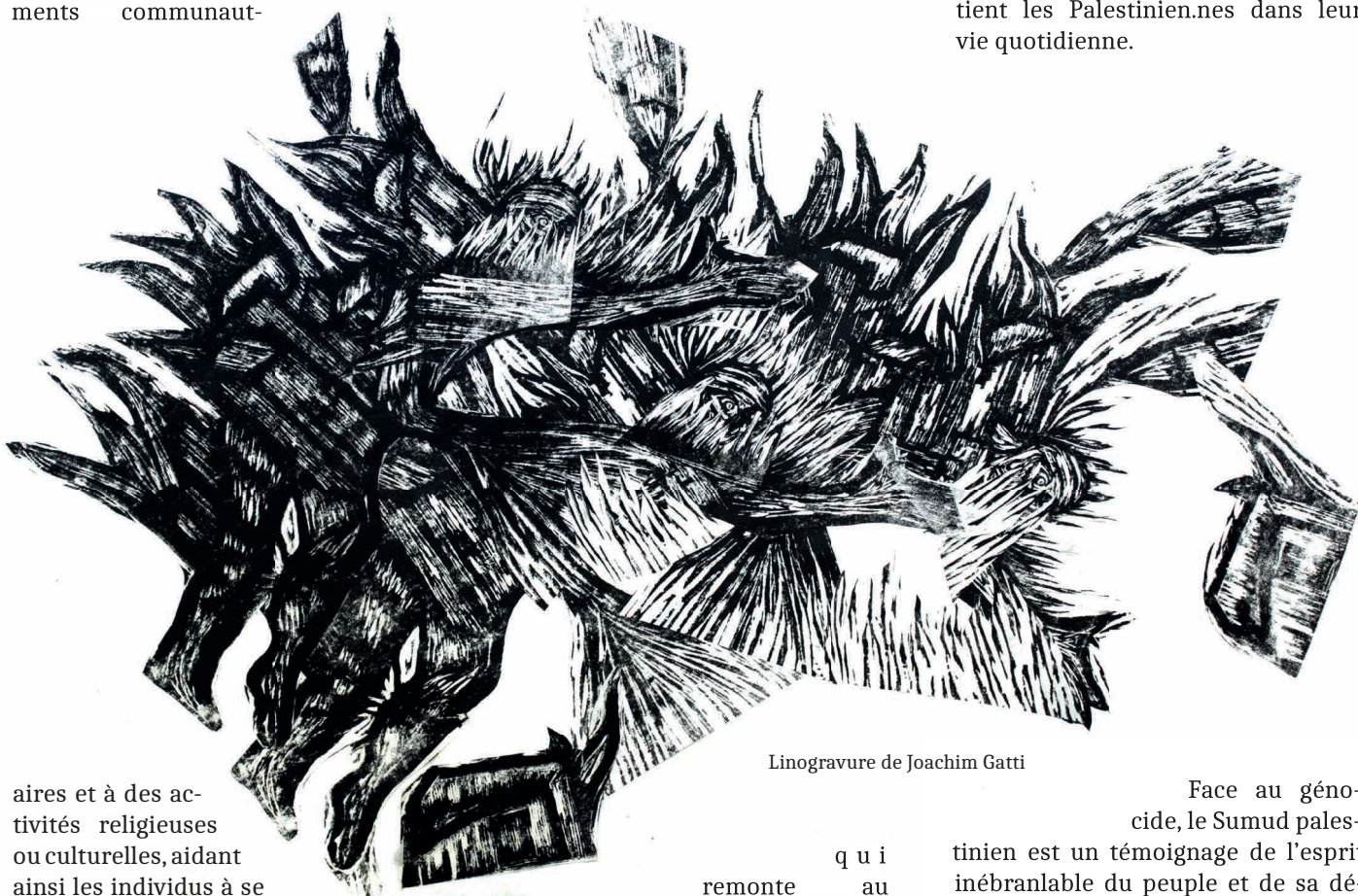
Elle joue aussi un rôle essentiel en facilitant leur intégration sociale, en encourageant par exemple la participation à des événements communaut-

tient.es, à prévenir des rechutes, et un vrai travail sur leur médication.

Vous avez écrit sur cette résilience unique le " Sumud " qu'a développé le peuple palestinien au cours de son histoire.

Le « Sumud », qui signifie « persévérance inébranlable », incarne la résistance palestinienne contre l'occupation israélienne. Bien qu'il soit devenu un symbole national dans les années 1960, ses racines sont profondément ancrées dans l'histoire de la lutte palestinienne pour l'autonomie,

duelle et la lutte collective, unissant les actes de défis personnels à des mouvements émancipateurs plus larges. Le " Sumud " incarne à la fois des formes concrètes de contestation et aussi un vrai état d'esprit, englobant résistance « active » et « passive ». Il remet en question la dichotomie entre confrontation directe et défiance fataliste, en plaidant pour une troisième voie qui donne la priorité à la lutte pour vivre sur leur terre, à la dignité et à la résistance à l'occupation. Cet état d'esprit de résilience, de détermination et de persévérance transcende les frontières et soutient les Palestinien.nes dans leur vie quotidienne.



Linogravure de Joachim Gatti

aires et à des activités religieuses ou culturelles, aidant ainsi les individus à se sentir connectés et valorisés. Leur culture et croyances religieuses peuvent leur apporter force et réconfort .

J'ai toujours plaidé pour une collaboration entre les professionnelles, les familles et les associations communautaires afin d'assurer un soin holistique aux patient.es. Cette alliance aide à lutter contre la stigmatisation, pour une meilleure compréhension, éducation et acceptation de la souffrance psychique et peut donc participer efficacement à améliorer le bien-être des pa-

qui remonte au début du XXe siècle. Ce concept n'est pas figé et varie avec le temps selon les différentes formes d'oppressions et de résistances. Il englobe un éventail de pratiques culturelles, idéologiques et politiques visant à préserver l'identité, la dignité et l'existence des Palestinien.nes sur leur terre ancestrale. Le Sumud prend diverses formes, depuis la reconstruction de maisons démolies, la poursuite de l'éducation, le maintien des traditions et l'expression de résistance telles que les manifestations et la désobéissance civile. Il comble le fossé entre la persévérance indivi-

Face au génocide, le Sumud palestinien est un témoignage de l'esprit inébranlable du peuple et de sa détermination à maintenir sa présence et sa dignité dans sa patrie. Il reste un principe directeur qui façonne notre conscience collective et éclaire notre lutte continue pour la justice et l'autodétermination. Cela représente une affirmation puissante de l'identité palestinienne contre l'effacement et la dépossession en cours.

La résistance au régime colonial israélien a donc une influence sur la santé mentale?

La résistance et la non-acceptation du régime colonial israélien influencent profondément la santé mentale en Palestine, s'étendant de l'impact sur l'individu jusqu'aux conséquences collectives au sein de la société. La résistance palestinienne, exprimée sous diverses formes depuis l'activisme populaire jusqu'à la résistance armée, est entreprise par des individus au nom du collectif. La

Elle reconnaît et valide le peuple palestinien, leurs sentiments et leurs aspirations et nourrit l'activisme pour la justice. Cependant, certains gouvernements dits démocratiques entravent les efforts de solidarité, comme nous l'observons aujourd'hui aux États-Unis et dans de nombreux pays européens, soulignant l'importance de l'activisme mondial et populaire pour soutenir la résistance et la libération palestinienne. En bref, la résistance au régime colonial israélien a non seulement un impact sur la santé mentale individuelle, mais façonne également les

tine est la preuve que les jeunes ont une conscience anticoloniale et anti-impérialiste qui n'est pas corrompue par les institutions officielles.

Selon vous, qu'est-ce que le trauma colonial et en quoi celui de la Palestine se différencie-t-il de ceux que l'histoire nous a montré ?

En Palestine, les signes du traumatisme colonial se manifestent par une profonde tristesse découlant d'une injustice non résolue, entraînant de l'anxiété, de la dépression, du chagrin chronique et une régression sociale. Le traumatisme vécu par les Pales-



MOHAMMED ABED

résistance sert à réparer l'érosion émotionnelle causée par l'oppression, faisant passer le peuple d'une situation passive et impuissante à celle d'un activisme porteur d'espoir. Cela représente un besoin psychologique profond, existentiel et d'un rejet de l'oppression.

La résistance humanise les Palestiniens en s'opposant à toute volonté d'écraser son peuple. Malgré les risques et les pertes, la résistance entretient l'espoir d'une vie décente et ravive les aspirations à la libération. La solidarité internationale avec la Palestine constitue une force de réhabilitation et de thérapie tant pour les Palestiniens que pour leurs partisan·es.

Malgré les risques et les pertes, la résistance entretient l'espoir d'une vie décente et ravive les aspirations à la libération.

expériences collectives au sein et à l'extérieur de la société palestinienne. C'est un mécanisme vital pour faire face à l'oppression, maintenir l'espoir et lutter pour la libération. Le soulèvement mondial des étudiant·es universitaires en soutien à la Pales-

tinien·es est différent car celui qui le pratique est considéré par l'Occident comme la victime éternelle. L'Occident projette sa culpabilité d'antisémitisme et d'holocauste sur quiconque voudra défier l'occupation israélienne, et exigera en retour des comptes. De la même façon, il porte un soutien continu à l'occupation leur apportant un soutien militaire, diplomatique, médiatique et leur accordant une impunité totale. Nos traumatismes coloniaux historiques diffèrent par leur nature continue, leurs couches d'oppression croisées et leur déni systématique de l'identité palestinienne et de leur droits, de leur autonomie et l'accès à leur ressources

En Palestine, les signes du traumatisme colonial se manifestent par une profonde tristesse découlant d'une injustice non résolue, entraînant de l'anxiété, de la dépression, du chagrin chronique

Y a-t-il des alternatives au soin psychiatrique classique, d'influence européenne, en Palestine ?

En Palestine, il existe des approches alternatives aux soins psychiatriques conventionnels influencés par l'Europe en raison de plusieurs disparités significatives entre les paradigmes psychologiques occidentaux et les réalités psychologiques vécues dans les communautés palestiniennes. Permettez-moi d'en citer quelques-uns :

Défis du modèle de recherche occidental :

La dépendance occidentale à l'égard des données de recherche comme référence universelle pose un défi en Palestine. Ces données recueillies dans des pays riches occidentaux pourraient ne pas répondre efficacement aux réalités psychologiques uniques des Palestiniens, étant donné le manque de ressources et la politique de violence omniprésente : par exemple des techniques comme l'EMDR, bien qu'elles soient qualifiées de « fondées sur des preuves », peuvent ne pas bien s'adapter au contexte palestinien.

Considérations épistémologiques :

Le contexte de violence politique omniprésente en Palestine soulève des défis épistémologiques dans la détermination de la vérité. La vérité est difficile à révéler sous l'oppression, et les gens utilisent un langage

implicite, des métaphores et des expressions symboliques pour « parler » des horreurs indescriptibles qu'ils ou elles ont vécues. L'accent mis par l'Occident sur l'objectivité risque de négliger les aspects qualitatifs de l'expérience humaine.

Implications politiques :

Aborder les aspects collectifs et politiques des souffrances palestiniennes entre en conflit avec l'idée occidentale de « neutralité thérapeutique », qui exige une approche apolitique. Ignorer le contexte collectif nie la validité de nombreuses obser-



vations cliniques et complexifie la compréhension des symptômes dans le contexte sociopolitique palestinien. Récemment, j'ai reçu quelques jeunes de Jérusalem et de Cisjordanie souffrant d'une perte de poids sévère et d'un refus de manger.

Rejet d'une approche trop adaptative

L'objectif thérapeutique occidental consistant à ramener les patients à leur état « pré-morbide » ou à « s'adapter » peut être problématique en Palestine, où le contexte d'oppression est considéré comme morbide lui-même. Les Palestiniens ont besoin d'un changement par la résistance et une action constructive contre l'oppression, plutôt que par un retour au statu quo. L'histoire palestinienne a un impact significatif

sur la santé mentale, remettant en question l'occultisme des approches thérapeutiques occidentales. Les événements de l'histoire façonnent la psychologie palestinienne, et comprendre cette histoire est crucial pour déterminer la nature humaine et les réponses psychologiques.

Contexte historique :

En Palestine, nous pouvons mieux comprendre le traumatisme du peuple palestinien à travers le cadre d'un siècle de traumatisme historique et qui ne se limite pas à un seul événement, mais qui touche des masses de personnes et se répercute sur l'ensemble de la population faisant dérailler la société palestinienne pour une réelle évolution civilisationnelle, créant de nombreuses disparités sanitaires, sociales et économiques.

Terminologie et valeurs culturelles :

La culture palestinienne attribue des significations sociales différentes aux termes et expériences psychologiques par rapport au monde occidental. Par exemple, l'altruisme, considéré comme un mécanisme de défense dans la théorie psychanalytique, est considéré comme une vertu fondamentale dans la vie sociale et religieuse palestinienne. L'expérience palestinienne démontre l'importance de la foi et des valeurs nationales pour renforcer la résilience et le redressement. Les professionnels de la santé mentale doivent être guidés par les personnes qui ont besoin de notre soutien et sensibles

Rejet des termes scientifiques militarisés

aux valeurs qui leurs sont chères. Les Palestinien.nes rejettent l'utilisation de termes scientifiques qui les pathologisent de façon insultante comme par exemple les sacrifices pour la liberté comme des tentatives de suicide les qualifiant même de "sociopathes". De telles attributions, de stéréotypes préjudiciables sont depuis longtemps véhiculées par l'occident sur le Moyen-Orient et sont rejetées avec force par les Palestinien.nes.

Vous avez un travail de plaidoyer au niveau international : conférences, formations, entretiens avec les médias, présentations de vos travaux... Qu'attendez-vous de vos collègues occidentaux ?

Mon appel aux professionnel.les occidentaux de la santé mentale est de déconstruire en remettant activement en question le cadre dominant de la psychologie occidentale, qui historiquement perpétue les stéréotypes coloniaux et maintient l'hégémonie du savoir occidental sur les expériences non occidentales. Les collègues occidentaux doivent reconnaître les préjugés inhérents et les dynamiques de pouvoir ancrés en occident. Cela nécessite un examen critique des racines historiques de la psychologie, en particulier de son rôle dans le projet colonial et de la perpétuation des stéréotypes orientalistes. C'est en comprenant comment la psychiatrie a été complice de l'oppression coloniale et combien de fois les organisations en santé mentale ont laissé tomber les Palestinien.nes ou d'autres peuples opprimés, que les professionnel.les peuvent commencer à démanteler ces structures de domination et œuvrer à la décolonisation de ce domaine. J'appelle mes collègues à rechercher et à amplifier les voix et les perspectives des communautés marginalisées, y compris les Palestinien.nes, qui ont toujours été réduites au silence dans le discours dominant de la psychologie. Cela implique

de centrer les expériences et les connaissances de celles et ceux qui sont directement touché.es par la violence et l'oppression coloniale, et de remettre activement en question les récits euro-centrés qui ont historiquement dominé le domaine. Ils peuvent se joindre à nous pour développer de nouvelles approches

Cela nécessite un engagement en faveur d'une réflexion, d'un apprentissage et d'une action continue, ainsi qu'une volonté de remettre en question et de perturber le statu-quo dans la poursuite de la justice sociale et de la libération pour tous.tes.



de guérison ancrées dans les principes de libération et anticoloniaux. Cela nécessite une volonté d'engager un dialogue et une collaboration avec des praticien.nes issu.es de traditions non occidentales et de pratiques de guérison autochtones, en reconnaissant la validité et l'efficacité des diverses manières de comprendre et de traiter la souffrance humaine. Les collègues occidentaux peuvent contribuer à remettre en question les structures et les systèmes oppressifs dans le domaine de la psychologie et à œuvrer à la création d'une approche plus inclusive, équitable et juste de la santé mentale qui honore la dignité, l'autonomie et l'action de tous les individus et communautés.



MEDECINS SOLIDAIRES

Une délégation française de l'association Palmed (association européenne de professionnels du soin palestinien.nes) est partie travailler à l'hôpital européen de Gaza du 23 janvier au 5 février.

Imame Maarifi est infirmière en réanimation et a fait partie de ce voyage.
Elle nous parle de son expérience.

Quel était le but de cette délégation et votre rôle ?

Notre but était d'apporter notre aide aux soignant.es qui travaillent sans relâche, sans salaire, tous les jours sans repos et dans des conditions littéralement chaotiques. Nous avons essayé d'être une bouffée d'oxygène pour nos homologues.

Vous avez été invité par la France insoumise lors d'une conférence pour relater votre expérience.

Vous y parlez, entre autres, de ces personnes qui décèdent par manque de soins, les convois d'aide en matériel médical ne sont ils pas conséquent ?

Non, évidemment, les convois sont trop peu suffisant. Des centaines de camions d'aides humanitaires attendent à Rafah côté égyptien de pouvoir entrer mais seuls 6 à 10 camions/par jour sont autorisés et ce, pour une population de 2 millions de personnes. C'est clairement insuffisant oui.

**Donc quel serait, à votre avis, le chiffre réel des victimes de cette guerre ?
Aujourd'hui, nous avons dépassé les 40.000 morts**

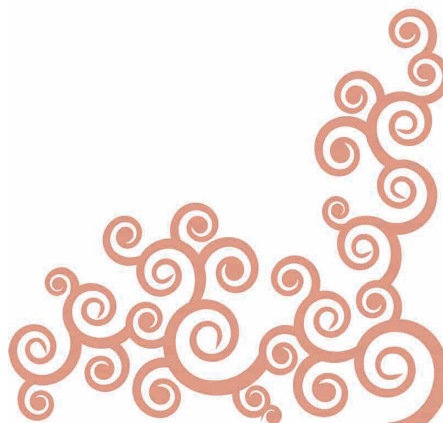
Les morts recensés par les autorités palestiniennes sont uniquement celles décédées par armes, explosion, effondrement. Ce chiffre ne tient pas compte de celles et ceux qui décèdent d'infections généralisées par manque d'antibiotiques par exemple, ou les conséquences grave du diabète instable, des



patients qui n'ont plus de dialyse, celles et ceux qui ont interrompus leurs cycle de chimiothérapie etc. Il faudrait multiplier ce chiffre au minimum par 4. Et n'oublions pas celles et ceux restés sous les décombres...

“ Si j'avais su je n'aurai pas pris avec moi du matériel médical, mais des livres et des jeux pour les enfants “ comment avez vous ressenti le moral, la santé mentale des palestiniens ?
Je veux saluer d'abord leur résilience mais il est vrai que mentalement ils sont, comme ils le disent, « psychologiquement brisés ».

Y a t il encore un hôpital psychiatrique ouvert sur le territoire de Gaza ?
Il n'y a actuellement aucune prise en charge psychologique ou psychiatrique à Gaza.

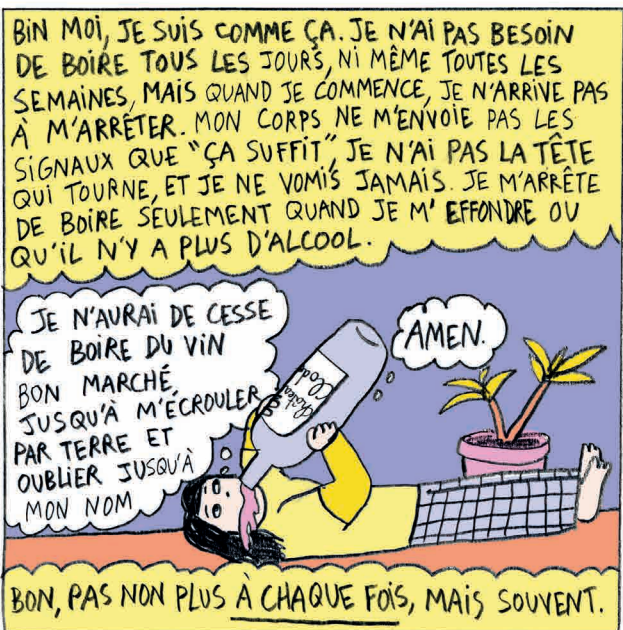


La Vie est une Corvee

DE SALOME LA HOCHÉ

Salomé Lahoche naît un 24 août 1997 dans la riante ville de Rouen, en Normandie.

Les seize années qui suivent ne présentent pas tellement d'intérêt. Disons simplement que comme il pleut tout le temps chez elle, et en bonne fille de prof, elle développe assez tôt un goût prononcé pour les livres. C'est ainsi qu'à l'adolescence, elle décrète qu'elle deviendra autrice de bande dessinée, pour mourir adulée de tous et sans le sou.



J'AVAIS DES AMIS ET DES ADULTES AVEC LESQUELS JE M'ENTENDAIS BIEN, MAIS SI J'AVAIS QUELQU'UN DANS LE PIF (CE QUI POUVAIT ARRIVER TRÈS VITE), JE ME MONTRAIS VOLONTIERS OUVERTEMENT HOSTILE. JE NE RECHIGNAIS PAS NON PLUS, À L'OCCASION, À PÉTER UN BON PETIT CÂBLE (OUT OF NOWHERE, DE PRÉFÉRENCE).



BREF. DE L'AVIS GÉNÉRAL, J'ÉTAIS UNE ENFANT PLUTÔT CREEPY.



FORT HEUREUSEMENT, À 13 ANS J'AI DÉCOUVERT CE QUI ALLAIT LITTÉRALEMENT ME PASSIONNER PENDANT LES 5 ANNÉES À VENIR, À SAVOIR :



EN PRÊME DE LA DÉBILITÉ DUVETEUSE DANS LAQUELLE LE SHIT ME PLONGEAIT, IL OFFRAIT L'AVANTAGE DE M'OCCUPER DANS UN ENDROIT OÙ IL N'Y AVAIT PAS GRAND-CHOSE À FAIRE. CAR IL NE S'AGISSAIT PAS SEULEMENT DE FUMER DU GROS SHIT, IL FALLAIT AUSSI :



S'IL N'Y AVAIT PAS DE SHIT, EN REVANCHE, OUHLALA! JE DEVENAIS IRASCIBLE ET EXTRA CASSE-COUILLES, ET JE TANNAIS TOUT LE MONDE JUSQU'À CE QU'ON REMÉDIE À CETTE SITUATION DRAMATIQUE.

VIENS ON ACHÈTE DU SHIT ET ON REGARDE "UN DÎNER PRESQUE PARFAIT"

ON A PAS DE THUNES.

ON A QU'À PRENDRE À CHROME À MATHIEU

ON LUI DOIT DÉJÀ 10 BALLE

OHLALA MAIS TU SERAIS PAS UN PEU RELOUVE TOI??

ETTA POTE LAURINE? ELLE A PAS DES PLANS?

OU JÉROME?

MÉLANIE!

JE N'AVAIS JAMAIS, NE SERAIT-CE QU'ENVISAGÉ D'ARRÊTER LE SHIT, L'IDÉE M'AYANT PARVE AUSSI SAUGRENUÉ QUE DE TRAVERSER LA MANCHE À LA NAGE OU PORTER UN BORSALINO.

MAIS À 18 ANS, JE SUIS TOMBÉE AMOUREUSE D'UN MEC QUI NE FUMAIT PAS. ON A PASSÉ L'ÉTÉ DANS UN BLED PAUMÉ À LA CAMPAGNE, OÙ IL N'Y AVAIT PAS DE SHIT ET PAS DE DEALER. MAIS JE M'EN FOUTAIS ROYALEMENT CAR :

HIHIHIHI

JE VEUX SIMPLEMENT BAISER SIX FOIS PAR JOUR, MANGER DU PAIN PERDU ET COURIR LES CHEVEUX AU VENT!

CE RÊVE BLEUUU JE N'Y CROIS PAS C MERVEILLEUUUU

ET LÀ, SANS AUCUN EFFORT, SANS RÉALISER CE QU'IL ÉTAIT EN TRAIN D'ARRIVER ET SANS MÊME Y PENSER : J'AI ARRÊTÉ DE BÉDAVE. DÉFINITIVEMENT.

BIZARREMENT, MALGRÉ L'ENTHOUSIASME SANS BORNES QUE J'AI MANIFESTÉ À L'ÉGARD DU SHIT PENDANT PLUSIEURS ANNÉES, DEPUIS QUE J'AI ARRÊTÉ DE FUMER, SI J'AI LE MALHEUR DE TIRER TROIS LATTES SUR UN PÉTARD ÇA DONNE ÇA :

JE SUIS UNE GROSSE MERDE

TOUT CE QUE J'AI DIT OU FAIT DANS MA VIE EST RIDICULE ET PATHÉTIQUE

JE NE ME SUIS JAMAIS SENTIE AUSSI MAL

SEULE LA MORT POURRA LAVER LE DÉSHONNEUR QU'EST MON EXISTENCE

ÉMOSI ROSE FANÉE

PARTIE #2

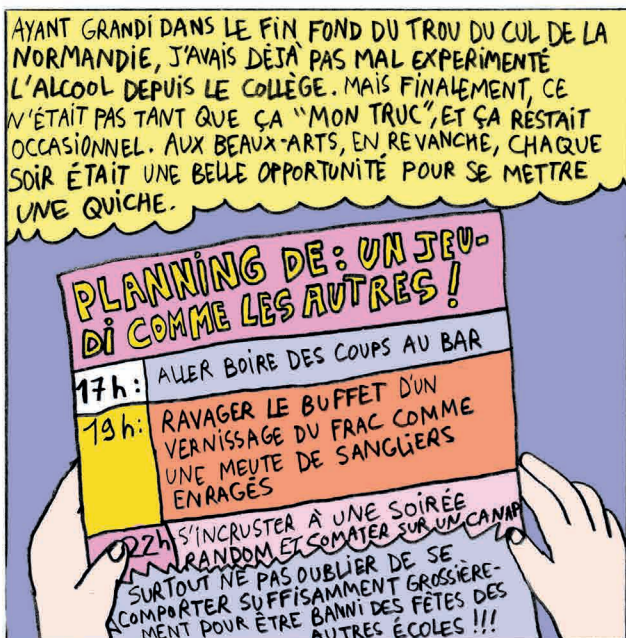
FOLLE AMBIANCE, DONC.

MAIS REVENONS À NOS MOUTONS. CAR IL SE TROUVE QU'UN AN AVANT D'ARRÊTER LE SHIT, J'ÉTAIS ENTRÉE AUX BEAUX-ARTS, ET QUE J'AVAIS COMMENCÉ À SÉRIEUSEMENT ME LA COLLER TOUS LES SOIRS, DANS LA JOÏE ET LA BONNE HUMEUR.

YOUUPI JE NE SAIS PAS DU TOUT COMMENT GÉRER CETTE LIBERTÉ TOTALE ET NOUVELLE DONT JE BÉNÉFICIE CAR JE SUIS TOTALEMENT IRRESPONSABLE!

JE SUIS TELLEMENT SOULAGÉE D'AVOIR TROUVÉ UN GROUPE SOCIAL QUI ME RESSEMBLE!

C'EST MERVEILLEUX! C'EST COMME SI ON AVAIT PRIS LES WEIRDOS DE TOUTS LES LYCÉES DE FRANCE ET QU'ON LES AVAIT RÉUNIS DANS UN HANGAR À 8.6!



RETROUVEZ SALOMÉ ET PLEIN D'AUTRES AUTEUR.ICES CHEZ «EXEMPLAIRES ÉDITIONS», QUI DONNE VACHEMENT PLUS DE THUNES AUX DESSINATEUR.ICES QU'aux ÉdITEUR.ICES QUI FONT DU BIZ



AMOUR ET SEXUALITÉ EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE



Beaucoup de relations amoureuses naissent en hôpital psychiatrique. C'est une question que les professionnels redoutent et, la plupart du temps, l'interdisent : privations absurdes de se bécoter, de dormir ensemble et parfois même de se retrouver seul.es dans une chambre. Julie nous livre ici un témoignage de son expérience amoureuse face à ce système médical.

Contexte

Désinhibée, euphorique, débordante de vie, mon énergie me submerge, je ne tiens pas en place, ça fuse, ça jaillit, ça se bouscule, je peux tout faire, je suis capable, je parle à tout le monde, les limites sont repoussées, je suis la meilleure version de moi-même. Je m'investis dans plusieurs associations de la fac : je vais écrire, jouer de la musique, faire de la politique... Pas de temps à perdre, je ne ressens plus le besoin de manger, de dormir, de me laver. Mars 2006, j'ai dix-neuf ans. Je vis "un épisode maniaque". Mes proches sont dépassés. Ils prennent peur. Mes parents me mettent de force dans la voiture pour me conduire chez le psychiatre du CMP de Bernay.

Il dit que la seule solution, la seule façon d'aller mieux est de prendre un traitement qu'il faut aller chercher à Evreux. Il me fait prendre un médicament. Assommée, on me fait remonter dans la voiture qui me mènera en fait au centre hospitalier spécialisé de Navarre. Là-bas, sur un parking moribond et à peine sortie de la voiture, deux blouses blanches m'injectent une autre dose avec une seringue. Malaise. Fauteuil roulant. Je resterai

dix-huit jours enfermée malgré moi à Navarre.

Je ne me souviens pas beaucoup des seize jours suivant. Ma brosse à dent me servait à tenir mes cheveux attachés. Le plus dur était les traitements chimiques imposés que je tenais pour seuls responsables de mon mauvais état psychologique. Je n'avais rien à faire là. Les

«Les ailes qui me poussaient, la confiance qui m'habitait ont effrayé celles et ceux qui m'entouraient au point de me faire enfermer.»

ailes qui me poussaient, la confiance qui m'habitait ont effrayé celles et ceux qui m'entouraient au point de me faire enfermer. Je n'avais pas conscience d'être "en pic au-dessus". Coupée de la société, de mes amies, de mes études, de mes projets, mon monde s'est vu réduit à néant dans cet espace stérile, au rythme implacablement monotone..

Des liens désaliénants

Microsociété d'êtres humains survivants. Être troublés, troublants, surtout souffrants. Tous mélangés. Cloîtrés, isolés, cachetonnés, déshumanisés. Les soignant.e.s savent. Iels ont la clé. Celle qui résonne dans nos oreilles pour nous rappeler qu'iels pourraient nous laisser sortir, prendre l'air, respirer, être en lien au moins avec la nature environnante. Mais non. Les soignant.e.s savent ce qui est bon pour nous. Chacun.e dans sa case, sa pathologie, son traitement, son isolement. Les soignant.e.s prennent surtout soin d'être absent.e.s. Je me souviens avoir supplié des heures, des jours, la blouse disponible pour obtenir un rendez-vous avec LE psychiatre qui pourrait juger de l'amélioration de mon état pour enfin me libérer. Arrivée avec l'impression d'être en pleine possession de mes moyens, la quantité de chimie introduite de force dans mon corps me dépossède. Comment rassembler mes neurones pour prouver que je n'ai rien à faire là ? La chimie me casse et c'est encore plus dur de réfléchir. Comment

parler de soi, de ses troubles quand on est assommé ? Il faut redoubler d'efforts pour associer des mots aux maux. On est empêtré-e-s dans cette camisole invisible qui rallonge le temps dans un espace réduit. Mon libre arbitre atrophié par les méthodes et dispositifs institutionnels, par cet environnement délétère.

Nous errons dans un espace-temps biaisé par les poignées de fenêtrage inexistantes, le néant causé par le manque de tout et les médocs qui nous font perdre le peu de repères qu'il nous restent. Les blouses passent, iels ne nous écoutent pas, ne nous parlent pas. J'ai eu peut-être deux rendez-vous avec un psy en individuel. Aucune activité n'est organisée, à nous de nous occuper, à nous de trouver le sens...

Alors on s'ouvre aux autres en jouant aux cartes, on discute, on rit même. Se raccrocher à ceux qui sont là. Les interactions sont plus directes qu'aïl-leurs. Sans filtre, sans simagrée, les conventions sociales sont changées. On ne sait pas dans qu'elle catégorie les autres ont été fichés, on sait juste qu'on est figé et coincé là. Les paroles tendres font du bien, les sourires sont des baumes, une harmonie faite de compassion se crée. Des liens qui délient un peu les liens qui m'entravent. Je me sens moins enfermée en m'ouvrant aux autres.

Les liens fragiles qui nous unissent par moment nous font sortir chacun-e un tant soit peu de nous-mêmes, de nos mal-être. Cohabiter avec d'autres personnes qu'on n'aurait pas rencontrées dans la vie ordinaire. J'étais jeune, je ne savais pas qu'on pouvait souffrir autant à cause de troubles invisibles. Je souffrais moi d'être incomprise, enfermée, humiliée d'être cachetonnée sans mon consentement et sans pouvoir me faire entendre. J'étais désormais entourée d'inconnu-e-s plus familier-ère-s. Uni-e-s par

un trop vide, un trop plein. Évoluant ensemble vers du mieux, vers une stabilité mentale. A aucun moment, je n'ai ressenti la peur de l'autre. Quand je suis partie, une femme a insisté pour que je reparte avec ses plus beaux sous-vêtements et sa tasse à café, un homme lui m'a donné sa meilleure chemise. Une femme a été mise à l'isolement dans une pièce blanche capitonnée, elle criait, elle implorait, je lui ai passé une cigarette sous la porte, quand bien même la question du briquet n'était pas résolue... (lol !)

Je me souviens de la solidarité, l'empathie, la tendre bienveillance qui existaient entre nous, usager-ère-s, pour faire face, debout, au système

HP. Ce sont les liens avec
les autres usa-
gers-ère-s
q u i

m'ont
sauvé.

Je ressens toujours la peur de la société dans laquelle nous vivons, cette société qui préfère écarter celles et ceux qui ne sont pas conformes à ses normes et à ses impératifs sociaux, pour leur réserver en guise de correction les traitements les plus crasses

L'amour qui sauve...

Et puis ce garçon aux yeux bleus, tristes, intenses. Il avait les cheveux mi-longs, les traits fins, doux, camouflant mal un air de détresse. Il a voulu en finir. Il est sensible, il est beau, c'est un ange, "Mickaelange". Je me demande comment l'amour s'est invité dans ce lieu défavorable, austère, fermé et limitant ? Un sourire, un regard, une souffrance, un moment partagé qui irrésistiblement doit se prolonger. Puis un besoin d'être ensemble.



Ça va vite. On reprend le contrôle sur nos vies arrêtées, on agit, on réagit, on crée de la vie, comme la plante qui fait effraction et perce le goudron pour embrasser la lumière.

On s'apprivoise. On s'allume. On se rallume. On fait l'amour souvent.

C'est divertissant. Les têtes sont moins désœuvrées. Les corps se libèrent de l'emprise qu'exerce la chimie sur les cerveaux. Les corps exultent dans les toilettes, les douches communes, en cachette. On est pris en flagrant délit dans les douches par un soignant. Ça nous fait rire ! C'est pourtant infantilisant, pour ne pas dire humiliant. Aucune intimité ne nous est accordée. On nous interdit de nous rapprocher, de nous embrasser, de nous rejoindre dans nos chambres. Mais "on" est devenu "nous". Notre



« Viens mon
grelot, viens ma petite
Ma tendresse, ma liberté
Dans ce jardin, barricade !

Pour les Dingos
et les Dingottes.
J'aurais des mots
si tu sanglotes
Si doux, si bons, si parfumés
Des mots qu'ils n'ont pas
bousillés !
Des mots tout chauds si tu
grelottes

Tu me diras tes
meurtritures
Tout ce qu'à pas supporter
Moi j'ai le temps de t'écouter
J'aime ta bouche et son
murmure
Tu me diras tes déchirures
Qu'ils m'ont rempli
d'acidités

J'aurais pour toi
des mots sucrées
J'aurais pour toi
des confitures

Tu me diras tes dérobades
Ton envie de te foutre à l'eau
De te jeter sous le métro
De sauter de la balustrade
On parlera des gens malades
C'est-à-dire des gens
normaux
De ceux qui sont bien dans
leurs peaux
Qui n'ont jamais rêvé noyade

On parlera des joyeux drilles
Qui n'ont pas besoin d'être
aimé
Mais seulement
de consommer
une existence à la vanille

Ils sont bien vu dans les
familles
avec leurs envies de baffrer
Même s'il faut tout écraser
Ceux-là n'ont pas les besoins
de grilles

Malgré les pions qui nous
surveillent
Les infirmières, les carabins
Je prendrais tendrement
ta main
Mon grelot, ma petite abeille
et je te dirais des merveilles

Et c'est peut-être pour demain
Le grand voyage en train
Et le grand bateau
pour Marseille ».

Poème de 1960

...Sauve qui peut

relation amoureuse est un antidote à l'ennui, à la morbidité et on l'exerce comme on peut, dans la clandestinité. Désobéir, contourner les limites aberrantes, braver l'interdit devient un jeu nécessaire et sain. Laissez-nous nous aimer !

On fait du tort à qui ? La pensée de le voir chaque matin est réconfortante, manger en face de lui redonne de l'appétit, errer ensemble devient être ensemble, tout ça redonne du sens. Alors cette prison glaçante prend soudainement des airs de centre aéré, allégée des pesanteurs qui nous oppriment. Je ne m'en souviens pas mais il n'est pas impossible que notre histoire d'amour ait divertit quelques autres patient-e-s, qu'elle ait réveillé



quelque chose en elleux, un souffle de vie, un espoir. Ou pas. En tout cas, ça devait être un feuilleton certainement plus marrant, plus vivant que ceux que crachait la télé en continu. Il est dépressif, tendance suicidaire. Je suis maniaque, sur la pente ascendante.

Les mots-étiquettes de nos pathologies ne sonnent plus vrai. Je suis perchée, enjouée, illuminée. Lui est lassé, éteint, rescapé. Il rayonne à mes yeux. Car il est là, attentionné. Il me désire alors que les "miens" m'ont rejeté.

L'intérêt et l'affection qu'on se porte meublent le vide. On se reconstruit et prenons soin l'un de l'autre. C'est la première fois que je vis sous le même toit que mon amoureux, nous sommes en ménage ! En remue-ménages... Enfermés dans un carré qui ne tourne pas rond, un carré de privations, de soumissions, où nos droits sont bafoués, l'amour nous a porté... Mickael est sorti plus tôt que prévu, comme si il avait passé un cap

Mes parents venaient me voir tous les jours. Ma mère ne voyait pas d'un bon œil notre histoire d'amour. Elle s'inquiétait de mes rapports sexuels répétés non protégés. Elle alerta plusieurs fois le personnel soignant, en vain. Les relations intimes étaient taboues mais possibles. Sur mon compte-rendu d'hospitalisation de sortie, il est écrit "dans des conduites sexuelles à risque, il a été réalisé un bilan MST". Ce n'est pas tout : une ligne précise à la fin "mise en place d'une contraception orale" !! Prendre des risques pour sa santé, des risques qui peuvent être lourds de conséquence (comme une grossesse non désirée), dans un lieu de soin est-il logique ? Les soignant-e-s ont peu de contrôle sur les relations qui s'exercent entre les usager-ère-s. Pourquoi ne pas installer un distributeur de préservatifs qui permettrait à chacun-e de prendre ses responsabilités ?

Pouvoir assumer consciemment ses actes n'est-il pas un droit fondamental ? D'autant plus dans un lieu où l'on vient parce qu'on ne peut plus s'assumer pleinement. Personne ne peut gommer ses sentiments, on a tous besoin d'affection, de tendresse, et ce même dans les hôpitaux psychiatriques. Les usager-ère-s doivent-ils être aussi dépossédé-e-s de leurs affects ? On est contraint-e, coupé-e de ses racines, de ses alliés, de sa lumière. On a la sève qui s'appauvrit puisque la matière que puise notre sang, à l'extérieur, dans la mêlée sociale, n'est plus. Les contacts entre usager-ère-s, à l'intérieur, ne sont pas favorisés par le personnel des HP. Pourtant, des temps d'échanges seraient les bienvenus afin de favoriser et d'adapter une mise en lien qui on le sait est thérapeutique. On pourrait simplement réaliser des "œuvres" puis les partager, les exposer, pour parler de soi et renouer

avec les autres. Pour s'aimer soi, aimer le regard des autres sur soi, réapprendre à aimer les autres, en aimer un autre. Vivre une relation amoureuse peut avoir des retombées positives sur l'état psychique. L'amour sous toutes ses formes devrait partout pouvoir se vivre, il est la pulsion de vie qui peut réveiller en nous des forces nouvelles, insoupçonnées. Des forces qui peuvent éclaircir la noirceur. Aimer trop vite, trop fort, il ne faudrait pas. Mais je préfère les vertiges de l'amour aux faux-calmes plats. La liberté est fragile, presque autant que lourde à porter. En HP, "les troublé-e-s sont des boules de billard qui s'entrechoquent contre les bords. Entrer en relation avec une autre boule peut changer et reconfigurer la partie. Se cogner aux autres est un moyen d'explorer des mondes possibles. Les plus petits espaces regorgent de vie.



Entre les bords peuvent réémerger de la joie et des envies. Mon compte-rendu d'hospitalisation notifie clairement une "érotisation des rapports" à l'admission, donc juste avant d'entrer au CHSN.

Mon état est reconnu "maniaque", par définition mes inhibitions sont levées.

Ces deux constats auraient justifié une attention particulière quant à mes rapports avec les autres. Comment se fait-il que le personnel soignant m'ait laissé avoir tous

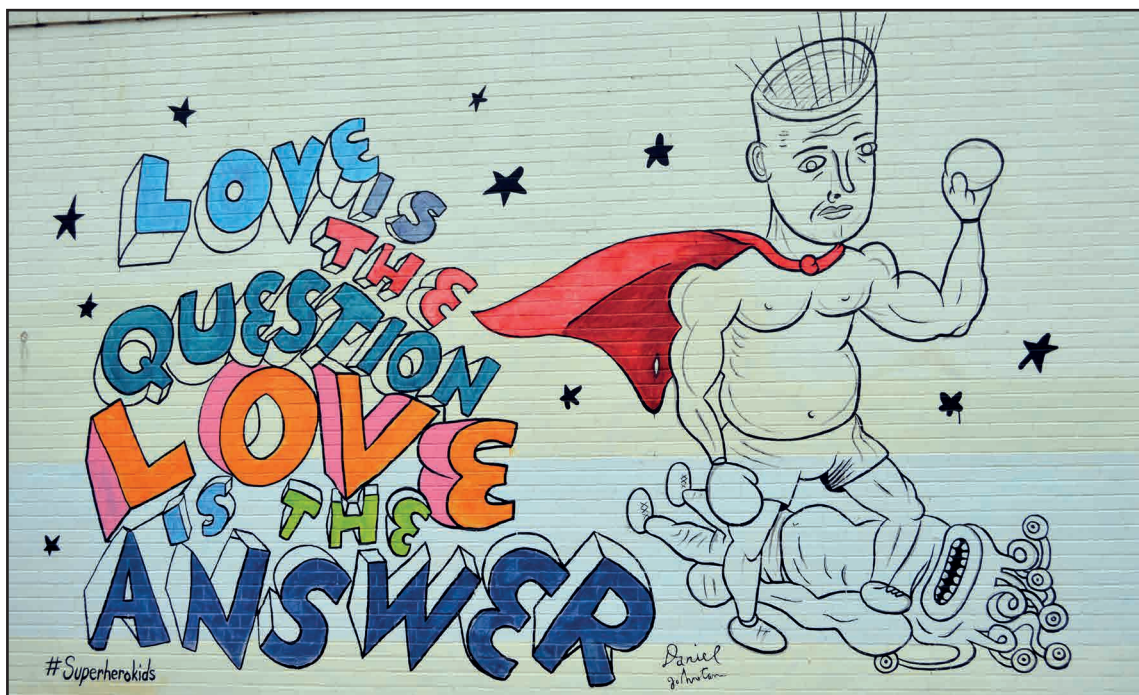
le même écho. Revenir dans la danse du monde extérieur n'est pas simple.

Aujourd'hui

Cela fait plus de quatre ans que je ne prends plus mon traitement. J'ai mangé du Théralite LP400 tous les jours pendant quinze ans, pour être stable, ne pas faire de vague, par peur de me faire réinterner de force. Les hauts et les bas s'enchaînent désormais variablement, plus ou moins douloureusement. J'identifie mieux

Deux amies, deux regards divergents

En reparlant récemment de ce séjour d'il y a presque vingt ans avec deux amies de cœur et de longue date, elles me rapportent des ressentis et des souvenirs différents lors de leur visite à Navarre. L'une parle de liberté retrouvée dans ce monde fermé où on jouait à cache-cache pour s'aimer. Pour elle, j'étais bien, "presque épanouie" car amoureuse. J'avais des copains que je lui présentais, comme dans une colonie de vacances.



D. JOHNSTON

ces rapports sexuels? Notre relation n'aurait-elle pas mérité d'être questionnée par un soignant pour s'assurer qu'elle repose sur le consentement, le respect de l'autre etc.,? Fort heureusement cela a bien sûr été le cas entre Michael et moi. Mais au lieu de ça, nous étions aux yeux du personnel juste des gamins qui faisaient des bêtises...Là où obtenir un chewing-gum relève de la corruption d'infirmier-ère, on se doute bien que penser l'amour en HP n'est pas la priorité. Aimer ne fait pas partie des protocoles de soin et des prérogatives psychiatriques. Peut-être un jour plus d'humanité sera autorisée. Nous nous sommes revus deux fois avec Michael après nos hospitalisations. Sortis du contexte de l'HP, le bénéfice de notre union n'a plus trouvé

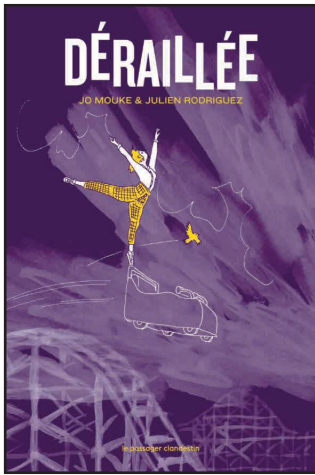
les signes avant-coureurs des pics en dessous et des pics au-dessus. J'essaie de m'assumer comme je suis, en essayant de ménager les miens et les autres. J'essaie de trouver l'équilibre, comme tout le monde. Je ne me sens pas bipolaire, je ne me suis jamais vraiment identifiée à ce trouble.

Peut-être à tort. Je me vois plutôt hypersensible, sensible à mon environnement, à mon entourage. Je me sens tel une éponge. Vite submergée par mes émotions contradictoires. Anxieuse, angoissée, prise de tête dans une tête mal rangée, mal organisée. Sauveuse bêtement car on ne sauve personne, on se perd soi-même. Amoureuse, Toujours.

Mon visage était serein, c'était celui qu'elle connaissait. Elle se souvient avoir passé un bon moment, à jouer, à discuter, "comme une touriste chez les fous", en précisant qu'elle aurait eu tout à fait sa place là-bas.

L'autre avait peur de ma relation avec ce garçon dépressif et sombre auquel je m'attachais trop vite, dans mon état excessif qu'elle avait eu le courage et le temps d'éprouver elle-même les jours précédant l'hospitalisation. On s'échangeait souvent nos fringues à l'époque, le fait de voir ses vêtements sur les autres patients lui a fait bizarre.

Par Julie Fourre



LE COIN-COIN Bd

UN TRAIN NOMMÉ SOUPIR

PETIT EXTRAIT D'UNE FABULEUSE EXPERIENCE INITIATIQUE EN PSY
 «C'EST UN PLONGEON DANS LA VIE DE PÉNÉLOPE RENARD, HÉROÏNE TRAGI-COMIQUE AUX PRISES AVEC LA DÉPRESSION ET L'ADDICTION. AVEC POUR POINT DE DÉPART SON ADMISSION AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES UN MATIN DE SAINT-VALENTIN»

PAR JO MOUKE ET JULIEN RODRIGUEZ

ÉDITIONS LE PASSAGER CLANDESTIN.





JULIETTE VALLIN

Un.e psy peut en cacher un.e autre

Souvent considéré·es sans troubles ou autres souffrances mentales, les psychologues et les psychiatres font figure de grand savant de la psyché, s'affranchissant aisément de tout problème lié à la santé mentale. Cela est bien loin de la réalité ; certain·e·s de ces professionnel·les vivent avec des troubles passés et/ou présents.

Nous allons essayer de comprendre quels changements cela peut apporter à la relation avec les personnes que ces psy accompagnent, quels en seraient les avantages, comment vivent-ils/elles leurs différences (ou plutôt similarités avec nous) et comment en sont-ils/elles arrivé·es à choisir leurs métiers.

Alex Kervran est psychologue, elle nous parle de son fonctionnement, de comment cela impacte son travail au quotidien et nous rapporte le point de vue de trois de ses consœurs psychologues.

Tous les psy sont tarés», «Ils sont plus fous que leurs patients», «Beaucoup de psys sont eux-mêmes complètement psy...» Ce sont des préjugés bien connus concernant nos professions. Et on se l'avoue entre nous, à demi-mot, à travers le bien connu «on ne devient pas psy par hasard». Mais de là à l'assumer réellement en se mettant à nu pour partager nos expériences... le pas à franchir n'est pas aisé et pas toujours envisageable ou bienvenu ; ça implique par ailleurs une certaine humilité et un dépassement des tabous et de la honte. Néanmoins, être «psy» n'est pas la pire des tares pour un psy, ça peut même être un avantage dans la relation thérapeutique et dans le travail d'accompagnement.

En ce qui me concerne, je n'ai pas décidé de « devenir psychologue », je me suis accommodée de cette case parce que c'est pour moi le meilleur

moyen de prendre ma place dans la société tout en étant qui je suis. J'exerce le métier de psychologue depuis 2015, spécialisée en psychologie communautaire. Je situe mon approche dans la perspective du rétablissement en santé mentale, celle portée par le mouvement des survivant·e·s de la psychiatrie, auquel·le·s je me sens intimement connectée. Je suis fille d'un papa «alcooloque»-«maniaco-dépressif», suicidé à l'aube de mes 7 ans ; traumatisée, abîmée, par une enfance instable où l'alcool, la violence et l'insécurité prenaient beaucoup de place ; «en rétablissement» suite à des années d'adolescence-descente-aux-enfers et de décrochage.

J'ai raccroché les wagons de la vie au bout de plusieurs années et j'ai choisi de prendre la voie à laquelle j'avais toujours aspirée : «aider d'autres personnes». Je suis sujette à de fortes colères et

à de la « parano », j'ai vécu plusieurs gros épisodes dépressifs avec des envies de mourir ou de décrocher de la vie, j'ai une problématique addictive et des relations difficiles avec l'alcool, le cannabis et le tabac. J'ai expérimenté à l'adolescence les anxiolytiques et antidépresseurs, dont je me suis sevrée seule et contre avis médical. J'avais souffert et je souffrais encore quand m'est venue l'envie de me tourner professionnellement vers la relation d'aide. Je connaissais bien la souffrance, je pouvais la sentir et la comprendre chez les autres, mais par dessus tout, j'étais aidante, j'avais ça dans la peau, j'aimais « être là », aider, soutenir, et je ne savais pas être autre chose. Quand j'ai retrouvé l'espoir et la détermination quelques années plus tard, j'ai posé les sabots, la blouse et quitté le métier de femme de ménage que j'exerçais depuis plusieurs années, pour passer une équivalence bac et m'inscrire en fac de psycho.

Devenue jeune psychologue, j'ai pu constater que les gens que j'accompagnais avaient souvent des représentations idéalisées et illusoire de ce que j'étais. Une dame m'a dit un jour «j'aimerais tellement être comme vous, vous avez l'air de tellement bien gérer». A ce moment-là j'étais (de nouveau) en pleine dépression, bouffée par la parano et l'angoisse, je frisiais le burnout, mais visiblement je donnais bien le change. Est-ce qu'être considérée comme une personne qui gère tout à merveille, un modèle fantasmé de réussite psychique, contribue à aider les personnes qu'on accompagne ? Je pense que ça peut au contraire renforcer leur propre sentiment d'incapacité à se rétablir.

Mener notre vie avec fierté, nous entraider...

En parler !

Patricia Deegan, figure du mouvement des survivant-e-s de la psychiatrie, diagnostiquée schizophrène dans sa jeunesse, devenue par la suite psychologue et chercheuse après un parcours de rétablissement raconte comment, durant ses études, elle a dû cacher son parcours psychiatrique et s'afficher comme une «personne normale», au risque qu'on lui refuse l'accès à la formation ou au titre de psychologue. Par la suite, à la fin de son doctorat elle commença à rencontrer des survivant.es de la psychiatrie qui s'étaient rétabli.es et militaient. Dans un de ses témoignages, elle écrit «Rencontrer ces amis fut une

révélation pour moi. Ils m'apprirent que ce n'était pas mon problème si le monde insistait pour qu'on soit ou un psychothérapeute ou un malade mental. J'étais une personne avec un passé psychiatrique et qui était aussi une psychothérapeute. Si le monde n'avait pas de catégorie pour cela, c'était le problème du monde, pas le mien. Et surtout, je n'étais pas seule. Il y en avait d'autres comme moi et



si nous nous entraidions, nous pourrions mener notre vie avec fierté».

Amélie, Marine et Caro sont psychologues et partagent avec moi le fait d'avoir été impactées dans leur enfance ou leur adolescence par la souffrance d'un parent proche ; les épisodes dépressifs, les «phases up», les crises suicidaires ou les hospitalisations en psychiatrie ont fait partie de leur vie précoce en tant que proches et aidantes. Le vécu traumatique et les questionnements engendrés par ce parcours

les ont poussées vers la psychologie. Caro «Mon choix d'être psychologue est complètement lié avec mes souffrances passées et avec beaucoup de questions que je me suis posées à l'adolescence, sur les troubles psy de ma mère, les personnes que j'ai croisées pendant ses hospitalisations, et sur moi-même dans mon

rapport à la vie parfois très difficile. Je me sens proche des gens qui ont souffert et des gens qui souffrent (ou du moins qui le reconnaissent, qui en parlent ou qui en témoignent par leurs comportements...). Je me sens à la fois moins seule et plus utile.» Amélie «Mon expérience familiale a été déterminante dans mon choix professionnel et à l'époque je ne me voyais pas faire autre chose, plus rien d'autre ne m'intéressait, une psychologue avait aidé ma mère à ne pas se suicider, m'avait aidé à traverser cet événement traumatique et continuait de me soutenir dans ce que je traversais». Être psy se présente parfois comme une évidence, un moyen

de donner du sens à ce que l'on est et d'apporter une contribution au monde en mettant à profit notre expérience et notre sensibilité ; mais c'est aussi parfois un objectif incontournable pour notre propre rétablissement. Avoir transformé l'expérience des troubles psy en expertise apporte à mon sens une plus-value non négligeable dans la compréhension de ce que vivent les personnes qu'on accompagne et dans notre capacité à entrer en relation avec elles. Mieux encore, l'expérience personnelle du

rétablissement permet un partage basé sur notre propre vécu, on devient à la fois le témoin de ce qui a pu être aidant (ou non) tout en restant porteur d'un savoir théorique et d'une posture «clinique». Mon expérience est un prisme à travers lequel je regarde chaque situation, je mets en lien ce que j'écoute et ce que je vois de la personne que j'ai en face de moi avec mon propre vécu ; ça me permet de me rapprocher au maximum de l'expérience de l'autre et me donne à la fois des éléments de compréhension de ce que peut vivre la personne, mais aussi des pistes concernant ce dont elle peut avoir besoin.

Amelie «Je pense que cela me donne une vision très expérientielle de ce que les gens traversent, une grande capacité d'écoute, d'attention et de synchronisation émotionnelle, mes propres avancées thérapeutiques me donnent également de la hauteur pour penser mes accompagnements et aider les gens à trouver leurs ressources. J'ai également conscience des processus, de leur temporalité et des différents déterminants». Marine «Ça m'aide dans le choix des mots surtout».

Caro «Je pense que ça peut aider à la construction de l'alliance, à instiller l'espoir, à montrer que je suis dans le soutien. Parfois, j'ai pu construire une relation avec des personnes avec qui les autres professionnel.les avaient beaucoup de mal à établir un lien, parce que j'ai cassé les barrières et les représentations (vouvoiement, distance), parce que j'ai montré que je suis une humaine avant d'être une psy. Je pense aussi que tout professionnel devrait apprendre à aimer l'autre, dans ce qu'il est, voir la personne et le bon en elle plutôt que le trouble.» Nos études universitaires ne nous ont pas formé à utiliser nos propres expériences en thérapie. Il m'a fallu du temps, et je tâtonne encore, pour savoir comment intégrer mon vécu personnel à mes accompagnements thérapeutiques bien que j'en perçoive l'intérêt.

Amelie «Avec les personnes que j'accompagne j'utilise beaucoup d'exemples de mon quotidien afin d'illustrer des propos.

Est-ce que ça parle trop de moi ? Est-ce seulement parce que j'ai besoin de parler de moi ? Narcissisme ? Faire chier le patient ? Risque qu'il dise que la psy qu'il est allé voir a plus parlé d'elle qu'écouté ? Enfin, je considère que sur certains sujets cela mettrait la relation psychothérapeutique en danger et aussi que ça m'exposerait à un danger, à une vulnérabilité».

Caro «C'est à force de beaucoup de recul et de travail sur moi que mes propres expériences ont pu devenir aidantes dans mon travail. C'est la condition pour que ça soit aidant avec les personnes qu'on accompagne. Ça a été possible parce que j'ai sui-

Des consultations parfois difficiles

Si nous avons appris à avancer avec, nos failles restent présentes et la souffrance vient parfois nous rendre visite.

Marine «Je me sens assez fatigable et certaines thématiques/problématiques me "trigger" particulièrement notamment les questionnements existentiels dans certaines dépressions ou dans d'autres troubles. J'essaie de faire un travail mental récurrent par rapport à mon biais de « j'ai réussi à mettre en place des



vi une longue thérapie et que j'ai eu un parcours de rétablissement personnel. Je partage quand je pense que ça va servir la thérapie, quand il y a "le bon timing". Ma capacité de psychologue me permet de juger si ça va servir la relation, si ça va aider à la thérapie, si la personne est prête à l'entendre ou non».

choses, l'autre peut le faire aussi» alors que non, c'est pas parce que je me suis rétablie ou ai stabilisé un certain nombre de problématiques que la personne que j'accompagne le peut au moment et même plus tard. Du coup je gère au mieux ma frustration pour ne pas la renvoyer à la personne».

Amelie «C'est extrêmement compliqué d'accompagner des personnes vers un mieux-être, et ce en terme de disponibilité psychique et émotionnelle, c'est simple je suis épuisée et je réduis toutes mes interactions sociales en dehors du travail, toutes mes capacités d'être en relation à l'autre sont cramées par le travail. J'ai également une difficulté à poser des limites claires entre mes besoins/mon énergie/mes émotions et celles/ceux des autres, et c'est un travail quotidien de laisser cette responsabilité à chaque individu que j'accompagne. J'ai souvent du mal à couper avec des situations en rentrant chez moi et quand des risques suicidaires s'intensifient c'est encore plus difficile pour moi. La question projective est extrêmement importante et il est important pour moi de ne pas mélanger ce qui m'appartient (représentations, émotions, histoire) avec ce qui appartient au patient».

De mon côté, je vis régulièrement des épisodes dépressifs, plus ou moins intenses et plus ou moins durables. C'est dans ces périodes là qu'il m'est particulièrement difficile d'accueillir la souffrance de l'autre, de prendre du recul et de l'aider à rebondir. J'ai aussi des syndromes prémenstruels particulièrement longs et difficiles sur le plan psychique, qui impactent grandement mon humeur, mon énergie, mes capacités cognitives et ma qualité de vie. Je dois m'organiser en tenant compte de ces états et faire preuve de rigueur dans ma vie pour limiter au maximum la fatigue et le stress qui peuvent m'entraîner dans des états psychiques très délétères. Je progresse grâce à ma propre expérience et peut accompagner d'autres personnes dans la gestion de leurs difficultés, mais mon sentiment d'ef-

ficacité professionnelle fluctue au gré de mes états émotionnels et ça peut entraîner beaucoup de dévalorisation et d'auto-dépréciation. Il m'arrive de devoir reporter des séances parce que je ne me sens pas apte à être à l'écoute, dans l'empathie ou capable de prendre du recul. Je ne peux pas savoir ce qui va fonctionner pour une personne en termes de « proposition thérapeutique » ou d'outils, je peux dire ce qui fonctionne pour moi, je peux

J'ai rencontré plusieurs psys, hommes, femmes, jeunes ou plus âgées, psychanalystes ou TTC-istes en CMP et en cabinets privés et je n'ai jamais bénéficié d'empathie ou encore moins de connivence, aucune ne m'a offert la posture relationnelle dont j'avais besoin pour me sentir réellement en confiance. Le vouvoiement était toujours de mise, même lorsque j'avais 16 ou 18 ans, et on a toujours refusé de m'appeler par mon prénom d'usage, « Alex », sous prétexte que c'était trop familier dans la relation, et bien que j'ai expliqué que j'étais mal à l'aise avec mon prénom complet, auquel je ne me sentais pas identifiée.



Comment me sentir en confiance dans ces conditions

?

Ces situations m'ont aidées à savoir quelle psychologue je ne voulais pas être. Je mets de la familiarité et de l'humour dans mes interactions avec les gens, je partage des anecdotes ou expériences qui font

écho aux leurs et choisis des métaphores dont je sais qu'elles leur parleront, parce que c'est de ça dont moi j'ai besoin dans une relation d'aide, j'ai besoin de me sentir à l'aise et sur la même longueur d'onde que la personne qui prétend m'aider, pas de me sentir face à quelqu'un d'étranger.

Par Alex Kervran

parler de ce qui fonctionne pour d'autres, mais je peux aussi dire que je comprends quand une personne rejette une proposition, parce que moi-même je n'accroche pas avec. Je peux dire que moi non plus je n'arrive pas à maintenir une régularité dans mes stratégies pour aller bien, que parfois, moi aussi je choisis de me faire du mal plutôt que de prendre soin de moi, qu'on n'est pas infail- lible et qu'on fait ce que l'on peut.

La Psychiatrie à bras le corps

« Depuis presque 20 ans de pratique soignante en psychiatrie, nous assistons à la déliquescence des conditions d'accès aux soins en santé mentale. D'une période faste des soins psychiques allant des années 70 jusqu'aux années 90 nous avons sombré à nouveau dans la psychiatrie sécuritaire dès le début des années 2000 (merci la loi sarkozy).

Alors que nous demandons des moyens humains (en effectif supplémentaire), des ouvertures de lit, des structures d'accueil adaptées à une population à une société qui évolue, qui se précarise, et des pathologies qui apparaissent plus complexes en miroir du contexte social. L'état, le gouvernement, les directeurs des différentes institutions : A.R.S, hôpitaux etc... nous répondent : adaptation de matériel concentrationnaire, protocoles robotisants et déshumanisants, murs ou grilles plus hauts.

Chaque jour nous crions nos alertes aux oreilles d'un management qui ne sait qu'appliquer mépris et violences institutionnelles.

Car être soignant en psychiatrie publique :

- C'est accompagner cette femme atteinte d'absences abyssales et de mutisme, pour qui psychiatres et Neurologues n'arrivent pas à poser un de diagnostic ; vider son appartement que des tonnes de bouteilles de vin vides encombrant chaque pièce et dont elle n'a aucun souvenir. Et faire que ce soit le Moins violent possible.

- C'est amener au restaurant une à deux fois par an, à défaut de plus, cet homme atteint de schizophrénie ancien patient d'U.M.D, qui n'a d'autre domicile que l'hôpital psychiatrique depuis bien trop d'années. Manger une « vraie entrecôte » avec de « vraies frites », prendre un « vrai café » en terrasse

et regarder passer la vie côte à côte.

- C'est prendre le temps de sortir du service pour rejoindre cette mère, âgée et malade, venue voir son fils atteint de schizophrénie résistante et polytoxicomane, pour qui les voisins ont signé une pétition Et qui va être expulsé de son appartement dans un mois. S'asseoir à côté d'elle et trouver les bons Mots, ou tout simplement écouter, accueillir ses larmes, sa souffrance, sa peur et son sentiment D'injustice. Et l'entendre vraiment.

- C'est sortir du service quelques heures avec ce jeune patient atteint de troubles de l'humeur, pour Aller nourrir son chat qui attend des petits et qui garde l'appartement en attendant qu'il rentre. Le regarder retrouver la joie de s'occuper de la seule personne qui soit encore dans sa vie.

- C'est oublier les protocoles de soins et mettre un clip de snoop dog à ce patient schizophrène pour qu'il accepte sa prise de sang hebdomadaire. Chanter le refrain avec lui car il est trop terrifié à l'idée « qu'on lui vole tout son sang ».

- C'est prendre le temps le soir du 24 décembre de chaque année. De décorer les tables du réfectoire et d'essayer de repousser un peu la tristesse qui s'empare, encore plus ce jour-là, de ceux que la vie a trop abimé.

- C'est s'asseoir au coin d'un lit et serrer cette main tremblante en chambre d'iso, accueillir la peur et les confidences sur une enfance fracassée. Entre la douche et la clope de 10h, se taire, s'asseoir

et

Écouter vraiment. Accepter que cet homme redevienne cet enfant de 5 ans qui a besoin que des bras le serrent l'espace d'un instant et dire merde à la distance soignante.

Nous, soignants de la psychiatrie publique, nous ne pratiquons pas le soin par ascendance.

Nous, soignants de la psychiatrie publique, nous sommes dans le côte-à-côte de ces hommes, de ces Femmes, qu'on appelle « patients ». Nous y sommes à chaque instant du jour ou de la nuit. Nous tentons d'apaiser les angoisses des aurores Et de dissiper les démons des crépuscules.

Nous ne pouvons plus entendre parler de protocoles lorsqu'un homme, une femme meurt de souffrance psychique, se suicide dans une chambre qui n'en est pas une, fugue pour se jeter sous un Train, se fait agresser par un autre patient par manque de place, d'écoute, de présence humaine. Si la psychiatrie publique meurt c'est tout un pan de la société qui mourra avec elle, c'est vous, c'est nous.»

Neus.

Les aboyeurs de veix



Pierre-Antoine Guillermoz est artiste, il ne sait plus trop où il en est mais en a fait une BD. Voici quelques extraits.



Dès la barrière franchie je pense à me rendre à la fac. En même temps c'est là qu'on se conserve, je ne connais rien d'autre d'Aix-en-Provence. Mais comment trouver mon chemin ? Je pars sur une interprétation de différents panneaux routiers. J'analyse leurs formes, leurs couleurs... quelle variété ! Je réussis à rejoindre la fac.



... la sonnerie résonne et je vois apparaître quatre infirmiers.

Alors que la partie battait son plein, l'un de mes amis en a profité pour contacter l'hôpital ou mes parents. Je suis extrêmement DÉÇU.



Malgré toute la bonne volonté des infirmiers, c'est à reculons que j'entre dans l'ambulance



schizophrénie Paranoïde?

BDA un élément schizophrénie

déliu de jalousie

épisode déliant aigu

Pendant ce temps, les diagnostics pleuvent.

Diagnostic en clair :



crises de persécution

Résumé clinique :

L'ISOLEMENT SOCIÉTAL DES ADULTES SURVIVANTS DE L'INCESTE LIMITE LEURS POSSIBILITÉS DE SOINS

Mon propos durant cet article sera largement appuyé sur le travail de recherche sur l'inceste, en France, via des entretiens avec des survivant.es de l'inceste, ainsi qu'avec des professionnel.le.s de l'enfance[1] que j'ai effectué à l'occasion d'une reprise d'études menant à l'obtention d'un master recherche en anthropologie, de 2008 à 2010. Les raisons de ce choix d'objet de recherche étaient simples : je constatais que nulle part dans les sciences humaines n'étaient décrites les familles « comme la mienne », ce qui était un manque à l'exhaustivité des connaissances dans ce domaine.

Auparavant, j'avais du fuir sans aucune aide le foyer familial à mes 18 ans, ce qui a eu un impact sur mes possibilités de poursuite d'études et sur mon parcours professionnel. J'ai eu la chance de pouvoir reprendre des études avant que les portes ne se ferment avec parcourup et l'augmentation des droits d'inscription très élevés pour les salarié.e.s : si j'avais dix ans de moins, la reprise d'études m'aurait été fermée, et cette recherche n'aurait pu exister.

Mise à l'isolement...

Partir précocement de chez ses parents a aussi été le cas des 5 survivantes de l'inceste que j'ai interviewé en 2008 – en s'en allant avec un compagnon ou en se mariant très jeune, en trouvant ou devant trouver un emploi rapidement, par exemple[2]

Il s'agit d'un premier impact de l'inceste sur les parcours de vie : nous n'avons pas les mêmes possibilités que les autres jeunes, car pas le même soutien familial à notre insertion dans la société adulte. Et ce déficit de soutien, affectif, mais aussi matériel, durera toute notre vie. Si la parenté est spontanément pensée comme le lieu de l'affectif, elle constitue en effet également un réseau de soutien matériel important : « plus de 70 % des parents sont prêts à aider leurs enfants si ceux-ci sont en situation délicate »[3], sans compter les services, tels notamment la garde des enfants, dont bénéficieront aussi plus rarement les survivant.e.s de l'inceste de la part de l'entourage de leur incesteur(euse) ainsi que de ce dernier – ou alors, ce sera avec des contreparties demandées et aliénantes. Il s'agit d'un handicap social rarement pointé, mais

bien réel.

L'interview de professionnel.le.s travaillant en lien avec les enfants ou la protection de l'enfance montre que peu d'enfants font directement des révélations aux professionnel.le.s rencontré.e.s durant cette recherche[4], ce qui, recoupé avec les statistiques de la protection de l'enfance[5] laisse à penser que ces mineur.e.s d'âge restent majoritairement silencieux.

Iels deviennent ensuite des adultes meurtri.e.s et isolé.e.s, non seulement par ce qu'ils ont subi, mais également par le regard social et familial fréquemment violent pour elles.eux, dans la société française, sur ce vécu. Ainsi, parmi 341 survivant.e.s de l'inceste entré.e.s en contact avec une association de soutien, en moyenne, la première révélation des agressions incestueuses avait lieu

[1] En accès libre sur le site <https://implications-anthropologiques.fr/> [2] L'inceste : anthropologie d'une entreprise de démolition systématique de la personne, Sophie Perrin, 2008, mémoire de master 1 anthropologie, sous la direction de François Laplantine et Axel Guioux – voir, principalement, le chapitre « Les incestées et les hommes ... mais aussi les femmes, et les ami/e/s » [3] « Les échanges économiques au sein de la parentèle », Jean-Hugues Déchaux, Sociologie du travail, année 1990, 32-1, page 74 [4] L'inceste : consistance du silence, France 20e- 21e siècles, Sophie Perrin, dossier d'études de la Caisse Nationale des Allocations Familiales n°139, mai 2011, mémoire de master 2 recherche anthropologie (lauréat du 2e prix scientifique de la CNAF du meilleur mémoire de master), page 100 et suivantes. [5] Voir par exemple « Etude statistique du 119, année 2022 », page 37 [6] Enquête IPSOS/AIVI 2010 sur la santé, le vécu et l'impact sur la vie quotidienne de l'inceste sur ses victimes devenues adultes - <https://www.ipsos.com/fr-fr/linceste-un-drame-qui-poursuit-ses-victimes-toute-leur-vie>



NANMERC

16 ans après les faits[6]
L'interlocuteur.trice de ces premières révélations a eu une réaction négative pour les 2/3 des survivant.e.s : le plus souvent, cet.te interlocuteur.trice n'en a plus jamais reparlé avec elle ou lui, semblant souvent saisi.e par la gêne et préférant donc éviter le sujet. Parfois, iel leur a même conseillé de garder le silence ou a mis en doute leur récit.

Des psychothérapeutes qui évitent le sujet ?

Le « psy » est perçu comme l'interlocuteur évident, pour les survivant.e.s de l'inceste comme pour leur entourage, concernant ces faits[7].

Loin devant la police et la justice (ce qui peut être questionnant, au passage) La psychothérapie est décrite et perçue de deux façons différentes par les survivantes que j'ai interviewé en 2008. Elle peut être vue comme une méthode pour en finir, via l'exploration du passé, avec des symptômes ou un mal-être très durs. Ou bien elle peut être conçue comme un lieu où parler, un lieu d'écoute de ce vécu de victime, de soutien moral. Dans ce dernier cas, il peut y avoir recouvrement de rôle entre les « psys » et l'entourage, aux yeux des incesté.e.s. Parfois, cela peut mener à ce que l'entourage délègue au « psy » l'entièreté de ce rôle, re-crédant une solitude de l'incesté.e, dont la parole n'est alors objet possible d'échanges, que dans le confinement du cabinet. Inversement, le « psy » peut alors être perçu comme un moyen de faire moins « peser » ces choses sur ses ami.e.s. Les « psys » ne sont, cependant, pas forcément tou.te.s plus à l'écoute que les autres interlocuteurs/trices des incesté.e.s. Dans les récits des incestées que j'ai recueillis, certain.e.s se focalisent sur le divorce parental alors même que l'incestée leur a bien évoqué l'inceste par un beau-parent, ce qui conduit à l'arrêt de la thérapie par l'incestée ainsi non écoutée. Le fait d'avoir prononcé le mot « inceste » devant sa thérapeute, puis de s'être tue

ensuite, peut conduire cette dernière à vous envoyer en clinique psy à cause – dit telle – de votre silence[8]

Bref, des « psys » évitent le sujet, par tous les moyens. Une incestée qui change de thérapeute pour pouvoir être remboursée de ses soins, constate qu'elle passe ainsi d'une psychothérapeute coûteuse mais qui la croit, à un psychiatre gratuit mais qui lui explique qu'il peut s'agir de son « psychisme qui crée ces images ». Cela ayant pour effet de la faire se sentir très mal à chaque fin de séance, au point d'avoir envie alors de « foncer dans le mur » avec sa voiture – les

"Le fait d'avoir prononcé le mot « inceste » devant sa thérapeute, puis de s'être tue ensuite, peut conduire cette dernière à vous envoyer en clinique psy à cause – dit-elle – de votre silence"

comportements de mise en doute sur les faits existent donc aussi ici, avec des effets graves. Les itinéraires thérapeutiques des survivant.e.s sont souvent complexes: parmi mes interviewées, toutes ont eu plusieurs thérapeutes (simultanément et/ou successivement), parfois un psychiatre pour des médicaments. Elles ont souvent testé plusieurs méthodes thérapeutiques. Pour autant, au moment de nos entretiens, elles ne vont (toujours pas)

bien.

Est-ce aux victimes de payer

Le coût des thérapies peut être un obstacle – voire conduire à changer de thérapeute comme dans l'exemple ci-dessus. Notamment pour celles qui ont des revenus faibles. Cela peut également être vécu comme une injustice supplémentaire: devoir payer alors que c'est soi la victime.

Bien loin des considérations « traditionnelles » de la psychanalyse, qui n'a jamais construit sa réflexion sur cette question du paiement en partant du vécu des incesté.e.s, qu'elle a initialement choisi de méconnaître[9]

Vécu souvent complexe par rapport à l'argent, car ce dernier peut avoir été utilisé par l'incesteur, soit pour « rémunérer » ses actes ou obliger sa victime envers lui, soit pour lui faire subir des privations matérielles voire l'exploiter financièrement[10].

Au jour d'aujourd'hui, la situation en France est un choix entre des soins remboursés en tout ou partie auprès d'un.e médecin psychiatre souvent peu formé.e sur les questions de traumatisme, ou bien des soins payants auprès de psychologues aux méthodes et connaissances plus diversifiées. Le dispositif, récent, de remboursement de soins par un.e psychologue (« mon soutien psy ») ne fait pas évoluer cet état de fait : limité à 12 séances et conçu pour des « troubles d'intensité légère à modérée », il n'est souvent pas adapté (et n'a pas été conçu) pour répondre aux besoins des survivant.e.s de l'inceste.

L'hôpital pourrait être un lieu de soins gratuits ou remboursés, mais en pratique, hors quelques services comme celui de l'hôpital Tenon à Paris, il existe uniquement, suite à leur création depuis 2019, un centre du psychotrauma par région. Et il s'agit du psychotrauma de manière générale – accident de voiture, attaque terroriste, etc. – avec le plus

[7]L'inceste : anthropologie d'une entreprise de démolition systématique de la personne, chapitre « Incestées et psychothérapies » [8]L'inceste : anthropologie d'une entreprise de démolition systématique de la personne, page 57 [9]Le réel escamoté, Jeffrey Moussaïef Masson, Aubier, Coll. Psychanalyse, 1992 [10]L'inceste : anthropologie d'une entreprise de démolition systématique de la personne, page 38 : « les rôles de l'argent »

souvent uniquement une prise en charge de courte durée possible, et pas du tout de centres dédiés avant tout aux survivant.e.s d'inceste ou aux femmes victimes de violences comme initialement prévu [11]. Mais bien sûr, organiser réellement la prise en charge pour l'ensemble des adultes ayant été victimes d'inceste qui en ont le plus besoin, représenterait probablement un coût important, vu le nombre de ces personnes: au total, plusieurs millions d'adultes déclarent avoir subi des violences sexuelles incestueuses durant leur minorité -4,6% des femmes et 1,2 % des hommes, dans l'enquête réalisée en 2020-2021 pour la CIASE (Commission Indépendante sur les Abus Sexuels dans l'Église)[12]

In fine, les lieux de thérapie accessibles les plus présents et développés sur le territoire français à destination des survivant.e.s de l'inceste, ne sont autres que ceux mis en place par les survivant.e.s eux-mêmes : groupes de parole locaux, forums internet d'entraide, à l'initiative d'associations, groupes thématiques à l'initiative d'individus sur les réseaux sociaux...

Les préconisations déjà anciennes sur le sujet

Si la CIVIISE (Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles sur les Enfants) et ses travaux depuis 2021 sont bien connus[13], il peuvent aussi donner l'impression d'un éternel recommencement, sur certains aspects. Notamment sur les préconisations concernant les soins aux survivant.e.s de l'inceste à l'âge adulte. En effet, c'est dès 2009 que dans le cadre d'un travail de préparation à la rédaction d'un projet de loi, la parlementaire (de droite) Marie-Louise Fort effectuait un recueil de témoignages et des besoins existants,



NANMERC I

en prenant soin de consulter les associations de survivant.e.s pour ce faire. Ce travail a débouché sur la première introduction de l'inceste dans le Code Pénal. Mais les préconisations de la mission et le projet de loi comportaient également un volet « soins » ainsi qu'un volet « reconnaissance du handicap social produit par l'inceste ».

Le volet soins préconisait notamment la création d'un centre hospitalier spécialisé à destination des survivant.e.s par département, sur le modèle de ceux existants (Trousseau et Tenon), en relevant que les résultats de ces derniers étaient « excellents ». Il proposait également d'aider à l'orientation des survivant.e.s en recherche de soins, notamment par la mise en ligne d'une page

indiquant l'ensemble des centres pouvant les accueillir et leur proposer des soins. Plus de dix ans après, la CIVIISE repart de zéro sur le sujet, et en 2024, rien de neuf n'apparaît pour autant sur ce plan, malgré la promesse, historique car prononcée par un président de la République, selon laquelle nous ne serions désormais, en suite du me too inceste, « plus jamais seules ».

L'inceste ? Un vécu dont les spécificités sont mal appréhendées ? Cela mène au constat d'une solitude sociale et sociétale des survivant.e.s, qui ne peuvent finalement compter quasiment que sur d'autres survivant.e.s pour construire des lieux pour se rétablir (groupes de parole, forums d'entraide sur internet,

[11]Rapport - Evaluation des Centres Régionaux du Psychotraumatisme : des besoins considérables, des prises en charge insuffisantes, des moyens dérisoires : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-evaluation-des-centres-regionaux-du-psychotraumatisme-des-besoins> [12]« Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu », Elise Marsicano, Nathalie Bajos, Jeanna-eve Pousson, Populations et Sociétés n°612, Juin 2023 [13]<https://www.civise.fr/le-rapport-public-de-la-civise/>

etc).
Mais pour quelle(s) raison(s) ?

Le psychanalyste Marcelo Viñar remarquait que « la torture, on ne veut rien en savoir, on ne peut y croire »[14]- ce qui peut nous faire penser à ces thérapeutes qui évitent le sujet de l'inceste avec les survivant.e.s, qui leur en parlent pourtant en thérapie, ainsi qu'à ceux qui mettent en doute la réalité des faits. Le rapport de Marie-Louise Fort citait quant à lui un thérapeute : « Les victimes d'inceste sont parfois qualifiées de cas pourris parce que leurs thérapies sont très complexes et leurs pathologies trop importantes »[15].

Mais de quels savoirs concernant l'inceste ces thérapeutes partent-ils pour construire ces thérapies peu efficaces ?

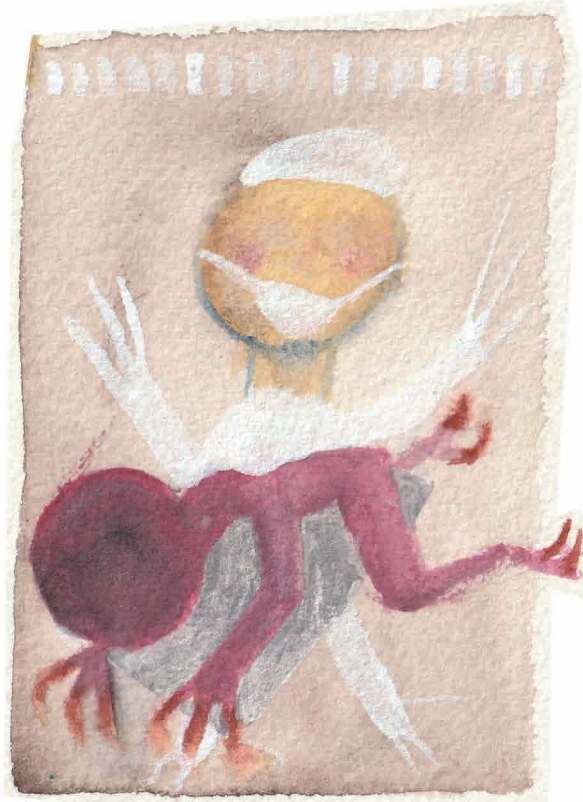
Le climat concret de terreur et de menace dans lequel les incesté.e.s ont fréquemment vécu leur enfance (ou une partie) est un exemple des impensés fréquents chez les thérapeutes, qui décrivent/pensent souvent l'inceste comme relevant d'une « confusion des rôles (et des générations) », d'une famille où les limites sont « floues ». Mais quelle confusion des rôles et des générations quand le père incesteur pratique le viol conjugal sur son épouse, et violente sexuellement sa fille ?[16]

De même la question de la « difficulté à faire confiance » qu'auraient les victimes d'inceste.

La psychologue Françoise Sironi observait, à propos de l'enfant victime ou témoin de tortures, que « Les cliniciens croient parfois qu'il doit à nouveau pouvoir « redevenir un enfant ». Or cela lui est strictement impossible. Un traumatisme a des fonctions psychologiques précises : celles d'engendrer des transforma-

tions psychologiques, d'être à l'origine d'une nouvelle organisation psychique. »[17]

Il en va de même pour les incesté.e.s, y compris à l'âge adulte : iels ont grandi et se sont construit en subissant, souvent durablement,



NANMERCICI

leur(s) bourreau(x) que tout le monde leur désignait comme étant leur « papa », « frère », « oncle »... Quelle « psy » a eu des cours sur cela durant ses études ? Or, ces conditions ont créé chez les survivant.e.s de l'inceste une manière différente de se percevoir et d'appréhender autrui. Par exemple, alors que pour des professionnel.le.s travaillant en lien avec des enfants ou adolescent.e.s, le mal absolu qu'est l'inceste est avant tout perçu comme se produisant dans des univers éloignés d'eux (socialement, géographiquement,...), et que « voir un agresseur en chair et en os » est sidérant, pour les survivant.e.s, il s'est agi de vécu banal

et quotidien des années durant. Et de ce fait, pour iels, comme pour les enfants torturés évoqués par Sironi « tout adulte est potentiellement un être clivé, quelqu'un qui, à tout moment, peut devenir un assassin, un massacreur, un violeur, un tortionnaire. »(15)

Entre ces deux « imaginaires du mal » très différents – l'un le projetant au loin, l'autre le soupçonnant chez tous (toutes) alentours, le vécu des proches de victimes d'inceste et son évolution suite aux révélations est éclairant : « c'était un copain de fac, quelqu'un avec qui j'ai passé beaucoup d'heures à militer, plaisanter, rire, à le rencontrer très souvent quand il vivait euh, avec elle, donc avec sa première femme. (...) Et jamais, jamais, jamais, il me serait venu à l'esprit qu'un gars comme ça si cultivé entre guillemets, qui d'autre part avait beaucoup de conquêtes féminines, et puis beaucoup d'occasions qui se présentaient, était à même de s'en prendre à sa propre fille », relate Francine, enseignante en lycée professionnel. Quant à Laurence, assistante sociale, après m'avoir raconté l'histoire d'un ami devenu coupable de violences sexuelles incestueuses, elle finit par me dire : « Ah moi personnellement, il me fait un coup comme ça mon mari il calte hein. Et c'est même pas en rêve. », devenant ainsi aussi soupçonneuse sur ses proches, que peut l'être un.e survivant.e de l'inceste[18]

Mais ces différences de vécu ne sont pas pensées, car pas étudiées comme telles, par les professionnel.le.s du psychisme concernant les victimes d'inceste, qui deviennent par suite pour eux/elles des « cas pourris », « complexes », voire insolubles – par exemple incapables de faire de nouveau confiance « comme avant » (cependant, parfois, quel avant ?)

[14] Marcelo Viñar, « Homo Homini Lupus : une destinée inévitable ou comment travailler pour dire non », in De la violence politique au traumatisme, errances et solitudes, éd. L'Harmattan, sous la direction de Véronique Bourboulon et Eric Sandlarz, 2007, page 5

[15] http://www.marielouisefort.info/wp-content/uploads/2015/01/Rapport_inceste_ML-FORT.pdf, page 21

[16] Cas de Lydia dans ma recherche. [17] <https://www.ethnopsychiatrie.net/actu/Dinan.htm> [18] L'inceste : consistance du silence, France 20e- 21e siècles, chapitres « La mise à distance ébranlée : inquiétante proximité, effroyable réalité » et « Toujours plus près de soi : aperçu sur l'inceste communiqué hors contexte professionnel », et « Toujours plus près de soi : quand c'est soi, la victime »

à autrui.

Infantilisation ou empowerment ?

Ce qui frappe également quand on examine le paysage des soins et thérapies proposées aux incesté.e.s, c'est l'absence ou quasi absence, pour l'instant, des mots « empowerment », « pair-aïdance », et autres concepts modernes en matière de soins.

Ce, alors même que les groupes de parole et les lieux d'entraide entre survivant.e.s en distanciel s'avèrent une ressource riche et un appui thérapeutique important pour nombre d'entre iels – déjà parce qu'ils s'opposent à la mise à l'isolement créée par le silence. Mais sans aucun liens avec une psychiatrie parfaitement capable de confondre, de son côté, les symptômes de stress post-traumatique et ceux de la schizophrénie, débouchant sur un traitement non adapté aux troubles psychiques de la personne, comme c'est arrivé par exemple à Typhanie Jade[19].

Ce qui frappe, c'est une forme d'infantilisation, comme lorsque cette pédopsychiatre m'explique : « vraiment, on sent que les, que le moment de séparation des couples ça attise beaucoup euh, les craintes des mamans. Quelques fois parce qu'elles même elles ont eu à subir cela dans l'enfance, hein donc ...

Anthropologue – Ca arrive ?

Irène - donc elles perdent tout à fait la, la confiance, en fait, la confiance dans l'adulte se perd facilement, quoi. »[20].

Ce, pour évoquer donc des survivantes elles-même en réalité parfaitement adultes à ce moment-là. Mais les survivant.e.s eux/elles-même se perçoivent-ils/elles eux-mêmes comme adultes, n'étant par suite plus cet enfant physiquement impuissant face au bourreau ? Souvent, non. Ce qui rend – justement -

CAILLOU FILANT

PAS PROJET NI RETOUR MAIS PRESENCE

CA NI PROGRESSE NI FAIT SENS

PAS JUSTICE NAN NAN NAN

VERITE PFFFFFFT

HALETE HALETE HALETE STOP

PRESENCE

COLLE LE PLUS AU CAILLOU FILANT

VENTRE PAUME GRAS DES DOIGTS

CREUX DU COU

PRESSE POULPE LA ROCHE

L'AUTRE PRESENCE COUPE

SOIT POULPE LA

COLLE LE PLUS AU CAILLOU FILANT

COMME CA

NANMERCII

d'autant plus importante la question de la « mise au passé » de l'enfance par les thérapeutes, à l'inverse de cette infantilisation spontanée. Ce qui frappe, c'est aussi la présence de stéréotypes de genre – là où l'escrime est promue comme thérapeutique pour les femmes victimes de cancer du sein[21], personne n'a pensé qu'un remède thérapeutique à la peur et au sentiment d'insécurité, de vulnérabilité physique omniprésents chez beaucoup de survivant.e.s d'inceste, pourrait être de cesser de leur rabâcher qu'ils ont « besoin de protection » (sous entendu : l'enfant que vous étiez/êtes a encore... besoin de protection). L'escrime, mais aussi l'autodéfense féministe[22], par exemple, seraient des outils importants pour au contraire les aider à comprendre que désormais, iels

sont des adultes capables de se protéger, et qui le valent depuis toujours. Enfin, ce qui frappe, c'est l'absence de dialogue collectif entre survivant.e.s et monde des professionnel.le.s du psychisme, principalement due à ces dernier.e.s: pour exemple, là où plusieurs associations de survivant.e.s ont créé des groupes de parole retranscrits exprès pour que ce matériau soit utilisable à des fins de recherche[23], combien d'entre ces professionnel.le.s s'en sont emparé.e.s à ce jour ?

Mais il est vrai que l'inceste, comme la torture, « on ne veut rien en savoir, on ne peut y croire ». C'est donc bien, en premier lieu, notre mise à l'isolement sociétal, due à cette forme de surdité active, qui limite avant tout les possibilités de soins adaptés à nos besoins.

[19]https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand-63000/actualites/declaree-schizophrenie-elle-assigne-en-justice-lhopital-sainte-marie-pour-erreur-de-diagnostic_1376437/[20]L'inceste : consistance du silence, France 20e- 21e siècles, page 102[21]<https://www.solutionriposte.fr/>

[22]Pour l'auto-défense féministe : enquête et récits, Mathilde Blézat, Editions de la Dernière Lettre, Poche, 2022

[23]Par exemple ceux-ci <https://incestearévi.org/les-ateliers-thematiques/presentation-des-ateliers-thematiques/>

Vivre en tant qu'adulte victime d'inceste

TRIGGER WARNING

CE TMOIGNAGE CONTIENT DES PROPOS POUVANT HEURTER
CERTAINES PERSONNES CONCERNEES.

WRONG
WAY

Histoire d'une vie souffrant encore de cette expérience et qui ne trouve pas d'aide suffisante dans la proposition de soin existant pour les adultes.



heveux tirés en arrière, jean-baggy, je rencontre Thelma dans une asso de quartier, petite butch girl souriante et décomplexée.

On en vient à parler psychiatrie et me dit direct "Ah ouais dis je suis victime d'inceste et depuis que suis majeure je ne trouve plus d'assos ou de lieux de soin spécialisés, t'en connaîtrais pas par hasard ?..."

"Ah, oui bien sur...euh...ah non..." Le problème surgit devant moi tel une montagne, n'ayant jamais réellement réfléchi auparavant à ce sujet si important.

On discute un long moment, elle est curieuse, a une liberté de ton, de propos, on rit beaucoup. Son côté «Punkie Bruster» androgyne, sa bouille pleine de droleté me touche beaucoup. On se revoit, et je comprends assez vite que malgré cette première impression de légèreté elle souffre, pleure, fume à donf' de l'herbe et a envie d'en découdre avec son passé.

Début d'une vie bien pourrie

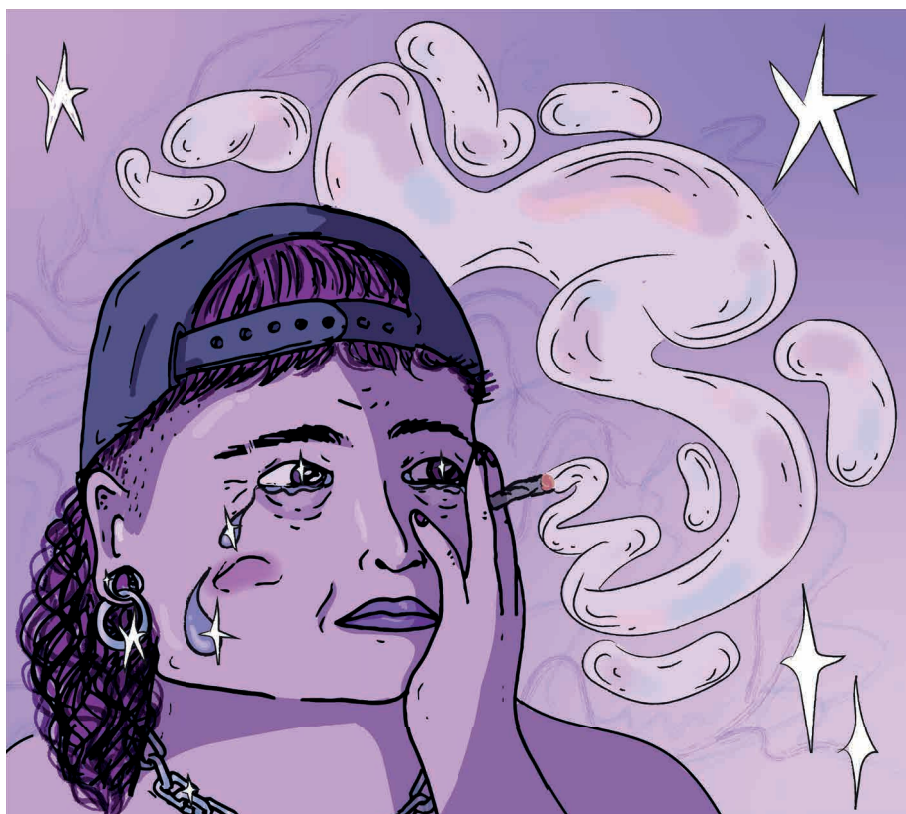
Née dans une famille de culture méditerranéenne où la place de l'homme est centrale, Thelma doit faire tout ce que son frère lui demande et sans rien dire, renvoyée à une position inférieure et se sent insignifiante dans sa famille. Le garçon à l'inverse est le futur "homme-chef-de-famille" et subit une pression, celle de celui qui doit réussir. Il est solitaire, nerveux, violent et développe beaucoup de tocs. Avec elle il joue, se dispute, se bagarre. Il y a constamment de la haine entre eux, et sans amour.

Un de ces jours où ils jouent à un jeu ensemble, le ton monte, il perd et n'est pas content. Sa rage monte, il ne sait pas quoi faire avec. Il baisse son pantalon devant Thelma et lui montre son sexe. Choquée, elle ne dit rien. Silence on ne joue plus.

Cet événement se reproduit de plus en plus souvent, comme une sorte d'arme contre laquelle elle ne peut rien faire, et le garçon va de plus en plus loin ne se contentant plus de simplement s'exhiber. Le viol s'installe de manière rituelle dans cette relation de haine commune. Des années se passent et ce n'est qu'à

14 ans et à la suite de témoignages de sa petite sœur à ses parents, elle aussi victime, qu'elle prend conscience que ce qu'elle subit depuis tant d'années n'aurait jamais dû arriver. Cette prise de conscience ouvre en elle un torrent de boue, un raz de marée qui se déverse encore aujourd'hui. A partir de ce jour c'était fini, plus jamais il ne la toucherait. Elle décide de porter plainte, enclenchant une procédure administrative et judiciaire qui va durer 4 ans. Témoignages devant la police, avocat, juge, éducateur, psys, elle subit une deuxième mise à nue froide et sans considération de son intimité, de sa fragilité. Ses parents, eux, victimisent "le bourreau", comme elle l'appelle désormais, sans se préoccuper des traumatismes de leur fille. Il fallait aider son frère et lui éviter la prison, et en finir avec cette affaire le plus vite possible pour "reprendre une vie normale". Après des années de témoignages où elle se sent encore "utilisée" et où on lui demande de rentrer dans des détails scabreux afin de mieux déterminer la nature du crime, le procès arrive enfin. Un an et demie de prison avec inscription de 30 ans comme criminel sexuel (FIJAIS) est donné. Les avocats se saluent, les parents pleurent, Thelma se retrouve sur les marches du palais de justice, ne comprends plus rien.

Ce jour est simplement celui où tout s'arrête, où tous les acteurs qui l'ont soutenu jusqu'à présent disparaissent. Plus d'asso, plus d'administrateur ad-hoc, plus aucun soutien. C'est "fini" et tout le monde va pouvoir retrouver une vie normale. Malgré le fils en prison, les parents vont pouvoir tourner la page. Pendant un temps Thelma se met des œillères, essaie d'oublier et de re-fonctionner comme tout un chacun. Elle passe son bac, son permis de conduire mais vite elle s'enlise, se cristallise dans un isolement social : elle ne sort plus de chez elle, ne voit plus ses ami.es, change d'humeur très souvent et commence à s'auto-mutiler. Cette descente dure 2 ans. Après quelques séjours chez une amie à la campagne et voyant tout le bien que ça lui faisait, cette der-



GLITTORIS

nière lui suggère de venir y habiter. Thelma décide d'emboîter le pas. Deux ans dans le Var à rien foutre sinon fumer des joints, se balader, rester chez elle, voir cette amie. Un sas de décompression enfumé de cannabis sera "la meilleure décision" de sa vie, selon ses propos. Aujourd'hui revenue en ville, elle essaie de faire comme elle peut. Et c'est ça le problème.

« J'étais juste là pour aider les gens à savoir quoi faire de lui »

Ses souffrances actuelles

Les difficultés que Thelma rencontre dans sa vie d'adulte sont multiples: méfiance, impossibilité de faire confiance à quelqu'un.e, traumatismes sexuels, rejet du conflit, Thelma peut vous aimer un jour et vous balayer de sa vie le lendemain si quelque problème survient dans votre relation (ce qu'elle a fait avec beaucoup d'ami.es). Insulter sa patronne, se faire virer, se battre contre quatre mecs ne sont pas des choses qui lui font peur. Enchaîner les cdd paraît être une solution pour éviter la figure de soumission et d'autorité face à un patron, souvent homme.

La souffrance est telle qu'elle ne peut surmonter des problèmes inhérents à ce que la plupart des gens connaissent. Sa force et sa résilience psychique sont requises quotidien-

nement pour d'autres combats bien plus essentiels à sa survie... et puis on a échangé une partie de sa vie contre l'enfer, alors qu'est ce qu'elle s'en fiche des petits soucis de tous les jours.

Mais le problème est qu'à ce petit jeu "on peut finir à la rue" comme elle dit, et que ça, elle n'en a pas envie. Comprenant cela, Thelma entame des recherches pour se faire aider.

L'inceste et sa (non) prise en charge pour les adultes.

Il y a un grand nombre d'associations d'aide aux enfants victimes d'inceste : "Les Papillons", "SOS Enfance en Danger", "IMPACTES", "La Voix de l'Enfant" ou "Contre les Violences sur Mineurs" (CVM) et bien sur du rôle central de la CIIVISE. (Commission indépendante inceste et violences sexuelles faites aux enfants).

Par contre, en ce qui concerne les adultes c'est le vide absolu, une absence totale de reconnaissance, de soin et de prise en charge. Tout d'abord le traumatisme pour les personnes victimes d'incestes n'existe pas : dans le DSM, seul est inscrit le trouble pédophilique du bourreau mais rien sur les conséquences traumatiques de la victime, au moins c'est simple. Pour l'adulte pas un dispositif, pas un psy spécialisé, pas un groupe de parole, même le planning familial ne s'occupe "que" du viol. Il semble donc que la société est plus encline à juger et soigner les bourreaux qu'à considérer la souffrance des victimes de l'inceste. Alors on peut aller voir un psy, mais pour un trouble donc mal considéré et peu abordé dans leur parcours de formation. Pour compléter son dossier de demande pour un R.Q.T.H (Reconnaissance de Travailleur.se Handicapé.e) le psychiatre de Thelma écrira dans son dossier "victime de viols", mais point de mot sur l'inceste et ses spécificités.

La question de l'injonction à fonctionner normalement et comme tout le monde se pose donc. Il faudrait donc avoir résolu ce problème avant ses 18 ans car après la majorité, il n'existe officiellement plus.

Quand est-ce que l'on va parler ouvertement de cela ? Ou au moins avec des professionnel.les du soin compétent.es ?

On peut s'amuser longtemps à mettre tous les PTSD (Post trauma Syndrom Disorder) dans le même sac et traiter l'inceste de la même manière que l'on soigne le choc de voir sa maison cambriolée, mais il semble pertinent de demander plus de travaux de recherches, de dispositifs et de médiation du problème pour voir un changement ne serait-ce que minime.

Pour l'instant T. a 25 ans et se demande pourquoi l'inceste reste un problème d'enfant.

PAR MATHIEU LEONARD

QUELQUES LIENS :

- CAIIP: COLLECTIF D'AIDE INTERNATIONALE INCESTE ET PÉDOCRIMINALITÉ
[HTTPS://CAIIP.GROUP/](https://caiip.group/)
- ASSOCIATION L'ENFANT BLEU: LUTTE CONTRE L'ENFANCE MALTRAITÉE
[HTTPS://ENFANTBLEU.ORG/](https://enfantbleu.org/)
- ASSOCIATION FACE À L'INCESTE [HTTPS://FACEALINCESTE.FR/](https://facealinceste.fr/)
- SOS INCESTE ET VIOLENCES SEXUELLES
[HTTPS://WWW.SOS-INCESTE-VIOLENCES-SEXUELLES.FR/](https://www.sos-inceste-violences-sexuelles.fr/)
- AREVI, ASSOCIATION D'ACTION/RECHERCHE ET ÉCHANGE ENTRE VICTIMES D'INCESTE [HTTPS://INCESTEAREVI.ORG/](https://incestearevi.org/)
- ASSOCIATION REVIS [HTTPS://REVISHERAULT.ORG/](https://revisherault.org/)
- ASSOCIATION PAS DE SECRET [HTTPS://WWW.PAS-DE-SECRET.FR/](https://www.pas-de-secret.fr/)

Interview de Muriel Salmona, psychiatre spécialisée en psychotraumatologie

Elle combat pour la reconnaissance de l'amnésie traumatique et milite pour l'imprescriptibilité des crimes sexuels. Elle est présidente et fondatrice de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, et aussi membre de la Commission indépendante inceste et violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE).

Qu'est-ce que la France doit mettre en place pour pouvoir soigner et accompagner les victimes ?

L'Etat français ne remplit absolument pas ses obligations, que ce soit au niveau de la protection des victimes, de la prévention, de la prise en charge et des aides apportées aux victimes, et bien entendu, au niveau de la justice. Il y a une faillite totale.

L'offre de soin est extrêmement faible par rapport au besoin. Or ne pas pouvoir accéder à ces soins spécialisés, c'est une perte de chance pour la victime et une atteinte grave aux droits des personnes. Il n'y a pas de formation systématique au psychotraumatisme dans les facultés de médecine, ni de spécialisation avec des chaires et des professorats, et donc les professionnel.les ne sont pas formé.es.

Surtout, il faut créer des centres dédiés pour les violences sexuelles. On avait demandé au moins 100 centres de santé mentale par territoire, on a seulement dix centres du psychotraumatisme, pas du tout spécifiques aux violences sexuelles et aux traumatismes complexes. Le plus souvent, les gens sont pris en charge avec un délai déjà important, vu le manque de dépistage systématique, de prise en charge immédiate et de diagnostic.

Proposer des soins accessibles et gratuits dispensés par des personnes formées est pour moi une urgence absolue.

Plus on va traiter les personnes, plus on va lutter contre l'impunité, plus on pourra protéger d'autres victimes. Si on les abandonne sans protection, sans solidarité, sans justice, et sans accompagnement, la société tient le même discours que les agresseurs : que les victimes n'en valent pas la peine. Cette prise en charge permet de leur rendre justice parce qu'on leur donne de la valeur en les soignant.

Interview parue sur RadioFrance.fr

Les traumas pour les adultes

Il n'y a pas d'hésitation à affirmer que d'avoir subi un inceste a de multiples conséquences sur le comportement et la santé, mais aussi sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne, affective, sexuelle et professionnelle des personnes victimes d'inceste.

Selon IPSOS "le principal mal dont souffrent les victimes d'inceste est la dépression : la quasi-totalité des répondant.e-s (98%) avouent ressentir actuellement ou avoir senti.e-s dans le passé le sentiment régulier d'être très déprimé.e-s, alors que la proportion de Français.e-s se disant dépressifs.ve-s est nettement moindre (56%).

Les victimes d'inceste souffrent également dans leur corps, puisque 85% déclarent subir ou avoir subi dans le passé des douleurs chroniques régulières comme des maux de dos ou des migraines répétées.

Elles sont également davantage sujettes à des comportements à risque ou des addictions comme le fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour en moyenne (55% contre 44% en moyenne chez les Français.e-s), boire plus de 3 verres d'alcool par jour (30% contre 17%) ou consommer de la drogue chaque semaine (27% contre 9%). 41% avouent également s'automutiler ou l'avoir fait régulièrement, et 12% ont déjà connu la prostitution.

Le fait d'avoir subi un inceste a donc de multiples conséquences sur les victimes, et leurs comportements s'en ressentent également. Ainsi, elles éprouvent une forte peur des autres ou de dire non (29%), se montrent souvent irritables et ont même parfois des explosions de colère (53%) et sursautent ou tremblent de façon excessive dès qu'il arrive quelque chose d'inattendu (34%). Le fait même de se nourrir est problématique et la très grande majorité d'entre elles souffre de troubles compulsifs alimentaires comme l'anorexie ou la boulimie (9%). Sentiment de réelle peur d'avoir des enfants par crainte d'être un mauvais parent, (12%)

UN DÉCONNIATRE EN LOZÈRE

Histoire croisée de François Tosquelles et de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban-sur-Limagnole

« Moi, la psychiatrie, je l'appelle la déconniatrie. Mais, pendant que le patient déconne, qu'est-ce que je fais ? Dans le silence ou en intervenant, mais surtout dans le silence, je déconne à mon tour. »

François Tosquelles

En 1939, il y a plus de 100 000 personnes internées dans les hôpitaux psychiatriques en France. Face aux pénuries dues à la guerre, les politiques publiques fixent une pyramide des besoins alimentaires sur laquelle les femmes enceintes ou les travailleurs de force sont prioritaires, loin devant les malades mentaux.

En mars 1942, une circulaire du secrétaire d'État à la Santé « refuse d'allouer des suppléments de ration aux malades mentaux », mais sous la pression de certains psychiatres, en décembre 1942, le supplément de nourriture leur est accordé. Au sortir de la guerre, 45 000 personnes ont péri de faim, de froid et d'abandon dans les lieux d'enfermement psychiatrique. Si les historiens s'accordent pour dire qu'il n'y a pas eu de politique d'euthanasie sous Vichy comme ce fut le cas dans l'Allemagne nazie, c'est le discours eugéniste, considérant certains – a fortiori en temps de guerre – comme des « dégénérés », des « rebus » de la société, des « bouches inutiles », qui domine

en France et fait aussi consensus en Europe. Quelques lieux firent exception à l'hécatombe, notamment l'hôpital psychiatrique de Saint Alban-sur-Limagnole en Lozère, où la mortalité ne fut pas beaucoup plus forte qu'en temps normal et fut même réduite entre le début de l'Occupation et la Libération. Cet hôpital va devenir un « un asile à l'abri de la folie du monde », accueillant, au milieu des malades, juifs, résistants, poètes et artistes surréalistes en fuite.

Cette histoire se confond avec celle de François Tosquelles, psychiatre catalan réfugié de la guerre d'Espagne, qui y exerça pendant vingt-cinq ans. Là, va se constituer ce qu'on appellera le « creuset saint-albanais » d'un nouveau rapport à la folie, le début d'une véritable révolution des soins psychiatriques.

Lorsqu'éclate la guerre, Paul Balvet, jeune psychiatre lyonnais, est directeur depuis trois ans de ce qu'on ne nomme plus depuis peu l'« asile » mais l'« hôpital psychiatrique » de St Alban.



MR. T

À leur arrivée, Paul et sa femme Germaine, psychiatre elle aussi, constatent la pauvreté du village, les ravages causés par une épidémie de typhus survenue deux ans plus tôt et les conditions sommaires d'internement malgré des travaux récents. Ils ont témoigné avoir été confrontés à un système féodal où le directeur qui habitait le château était alors considéré comme un seigneur. Les Balvet vont alors impulser un mouvement d'humanisation et d'amélioration des soins, du quotidien des malades et des conditions de travail et de formation du personnel.

Les progrès sociaux de cette époque du Front populaire se traduisent à St Alban notamment par des changements pour le personnel dont les gardiens, très peu payés tournaient jusqu'alors sur des gardes de 12h. Les consignes qu'ils avaient étaient sommaires : « pas de crime, pas de grossesse et pas d'évasion ». Un changement s'opère avec une meilleure paye, le passage aux 48h de travail et aux 3x8h, et de gardiens ils deviennent infirmiers. En 1939, tout s'arrête brutalement : une trentaine de membres du personnel est mobilisée, et une des priorités est alors l'accueil des malades des hôpitaux de Ville-Evrard et de Rouffach. Jusqu'alors il y a autour de 600 malades, leur nombre atteint 852 en 1940. Face au manque de personnel. André Chaurand, alors médecin-chef au Puy-en-Velay et ami de Paul Balvet, lui suggère de faire venir un psychiatre catalan dont il a entendu parler, Francesc Tosquelles.

Tosquelles, de la Catalogne à La Lozère.

C'est un psychiatre atypique qui arrive en janvier 1940 à St Alban et dont la vie et l'œuvre ont traversé la folie de l'histoire et contribué à l'histoire de la folie. Francesc Tosquelles, né en 1912 à Reus en Catalogne, a grandi au sein d'une vie politique, culturelle et sociale intense. D'un côté, de part les implications poli-



L'HOPITAL DE ST ALBAN

tiques de ses parents, très jeune, il est plongé dans les bouleversements politiques de la Catalogne. Proche du BOC, membre des jeunesses communistes ibériques, il adhère en 1936 au POUM, parti anti-stalinien qui s'est constitué depuis un an. D'un autre côté, il est familiarisé très jeune avec la psychiatrie et avec la psychanalyse grâce à son oncle maternel, médecin philanthrope dont il est très proche. À l'âge de quinze ans, il s'intéresse à la médecine et travaille de manière informelle à l'Institut Pere Mata, lieu de soins psychiatriques qu'il intègre ensuite comme psychiatre en 1932, après ses études de médecine.

Le Barcelone des années 30 est alors rebaptisé la « Petite Vienne » en raison de la présence de nombreux psychanalystes juifs en exil venus d'Europe centrale. De 1931 à 1936,

il baigne dans la circulation d'idées et de pratiques émancipatrices qui seront déterminantes pour la suite de sa pratique, une pratique qu'il dit reposer sur deux jambes : la dimension psychanalytique et la dimension politique et sociale. Il est l'un de ceux qui introduit la psychanalyse en Espagne et en intégrera les grands concepts à la psychiatrie publique. Durant ces années de l'entre-deux dictatures, la République commence à mettre en place un système de soins réparti sur l'ensemble du territoire, rural et urbain, organisé en réseaux de soutien hors de l'hôpital, ainsi qu'une prise en charge humanisée de la maladie mentale, un chantier interrompu par la longue nuit franquiste. Pendant les premiers mois de guerre, c'est dans un mas réquisitionné par le responsable de la santé de Reus, que Tosquelles développe la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent.

Il invente aussi une psychiatrie sur le front pour traiter in situ des traumatismes dus à la guerre, principalement à destination des médecins pour les former dans leur prise en charge des combattants. Il créera également des dispensaires à l'arrière.

En mai 38, nommé chef des services psychiatriques de l'armée "d'Extremadure", il crée la communauté thérapeutique d'Almodovar del Campo, lieu de coexistence entre le personnel soignant et les malades au sein d'espace commun, ce qui était alors inédit. Il amorce une remise en cause des hiérarchies habituelles au sein de l'armée et du monde psychiatrique.

Ainsi, il intègre aux équipes soignantes des personnes n'ayant pas de formation dans ce domaine : curés, peintres, avocats, hommes de lettres et prostituées – une des annexes du service est une maison close – qui deviennent infirmières et infirmiers. Après la chute d'Almodovar del Campo, en 1939, Tosquelles se cache pour échapper aux franquistes d'un côté et aux staliniens de l'autre. C'est grâce au réseau de passage clandestin mené par sa femme Elena qu'il parvient à franchir à pieds les Pyrénées en septembre pour arriver au camp de réfugiés de Septfonds dans le Tarn-et-Garonne. Il est alors frappé par la similitude de la cour avec celle d'un asile et entreprend de réorganiser le camp. Il met en place un service de psychiatrie dans une baraque à la lisière du camp pour soigner les réfugiés espagnols parmi lesquels les suicides étaient nombreux. Il racontera plus tard : « Dans cette baraque en bois, la plus minable de toute, nous avons ouvert un petit service de psychiatrie en choisissant comme aides, parmi les gens du camp,

un peintre, un guitariste. Aucun ne connaissait la psychiatrie, mais plutôt des gens qui connaissaient l'art. Il y avait tout de même un infirmier psychiatrique – un seul – et il était plus que suffisant. Ce petit service a pris soin des malades avec succès, et d'autre part, il est vrai que je m'en suis servi pour faire entrer des gens par une porte et pour les faire sortir par l'autre, celle qui donnait sur l'extérieur. Parce qu'il est plus facile de s'échapper d'un camp de concentration en passant par un service de psychiatrie que directement ».



CAPTAIN TOSQUELLES

En décembre, un télégramme arrive au camp l'enjoignant à rejoindre l'hôpital de St Alban-sur-Limagnole sur demande du préfet de Lozère. En 1987, Tosquelles se souviendra : « J'ai regardé sur une carte, il n'y avait pas Saint-Alban et à peine La Lozère. Devant cette invitation de l'inconnu, j'ai dit oui ! »

Un asile au fin fond de la Margeride

Le village de St Alban, au débouché des cols de la Margeride, s'est construit autour de l'église et du château féodal. En 1821, la baronnie locale ruinée vend le château qui devient un asile d'aliénés, entreprise menée par Hilarion Tissot, un curieux ecclésiastique. Personnage haut en couleur, fondateur frénétique de communautés et d'asiles, est considéré comme un charlatan par les médecins et sera exclu de son ordre religieux. Le secrétaire général de la préfecture note alors que « le plus fou des hôtes du manoir paraissait être le généreux capucin qui présidait le collège d'halluciné ». Malgré ses extravagances, il a un réel souci d'améliorer le sort des malades et critique le nouveau pouvoir que commencent à avoir les aliénistes. À St Alban, Tissot commence par installer les femmes internées jusqu'alors dans des conditions terribles à Mende.

Pour former deux paysans, ils les envoient pendant un an chez un chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu à Paris qui « luttait contre la saignée,

les bains, les purges, toute ces thérapeutiques sauvages que faisaient la psychiatrie [...] Ils ont été les deux premiers infirmiers psychiatriques de France. » Mais la mauvaise gestion de l'asile en 1824 entraîne le rachat du bâtiment par le préfet de Lozère. St Alban devient ainsi l'asile départemental où après les femmes, les hommes sont accueillis à partir de 1850 dans de nouveaux bâtiments construits sur le plateau. En 1888, à un kilomètre environ du château, est acquise la ferme du Villaret, pour en faire une colonie agricole où les



La team des patient.es de St Alban

malades travaillent. L'asile est géré par les sœurs de la congrégation de Saint-Régis avec à sa direction un médecin à demeure, interlocuteur officiel de l'administration d'État des asiles, de la préfecture et des structures politiques de la région. Au début du XXe siècle, l'établissement héberge autour de 600 malades dans des conditions extrêmement sommaires. La population du village varie de 2000 à 3000 habitants auxquels, pour certains, l'hôpital fournit du travail, notamment comme gardiens. Si les visites sont interdites, l'enceinte du château est traversée par les paysans qui font toutes sortes d'échanges par ce passage : « Cela peut faire rire : les villageois, pour aller à la foire, traversaient l'hôpital avec leur vaches. Les malades se sont mis à les attendre et à vendre leur artisanat et leurs œuvres d'art aux agriculteurs. ». Agnès Masson, une des premières femmes psychiatre de France, directrice de St Alban de 1934 à 1936,

initie « la transformation des modes d'incarnation de l'autorité médicale ».

Elle commence à améliorer les conditions de vie des malades en installant l'électricité et un système de chauffage central, l'eau courante, des sanitaires, deux infirmeries, une laverie et un système de monnaie à l'intérieur. Masson organise des séances de cinéma et met en place une bibliothèque.

« J'ai regardé sur une carte,
il n'y avait pas Saint-Alban
et à peine La Lozère.
Devant cette invitation
de l'inconnu,
j'ai dit oui ! »

L'épidémie de typhus qui se répand à St Alban en 1934, et ce malgré les travaux initiés à cette époque pour la ralentir, fait de nombreux morts. Si cet épisode a éprouvé la population et la communauté psychiatrique, il a créé conséquemment des ponts et une entraide entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital. En effet, des internés et du personnel de l'hôpital sortaient travailler dans les fermes alentours pour pallier au manque de main d'œuvre et en échange, ils ramenaient de quoi nourrir la communauté psychiatrique, pratique qui continua pendant la guerre.



JOYEUX PICNIC DES PATIENT.ES

Le « pragmatisme spéculatif »

Lors des ses premières semaines à St Alban, Tosquelles part à la découverte du village et apprend à connaître les paysans, les traditions et usages locaux. De ces observations et du recueil de l'histoire locale, il va tirer des enseignements dont il parlera en 1987 en ces termes : « Je crois que s'il y avait la possibilité de nouvelles pratiques à St Alban, c'est parce qu'il existait une situation relativement exceptionnelle en ce qui concerne l'indépendance de sa configuration institutionnelle et de l'ensemble de la région de la Lozère. Saint Alban était un hôpital psychiatrique déjà ouvert, si on peut dire, avant même mon arrivée. » Balvet lui confie le service des enfants du Villaret qui n'existe que depuis 1932 et dont il a particulièrement honte. Ils vivent dans des conditions déplorable, gardés par une femme du village et son chien. Tosquelles s'attèle à la tâche pour, comme il dit, « commencer une véritable révolution qui consiste à récupérer son enfance ». À l'intérieur de l'hôpital, Paul et Germaine Balvet sont totalement investis pour les malades. Il faut parer à l'urgence des restrictions alimentaires pour que les malades soient nourris correctement. Paul Balvet, comme

médecin, forme à des notions très pratiques de diététique les cuisiniers et les gardiens qui s'organisent dans une « commission cuisine ». Germaine qui a une grande connaissance de la flore sauvage organise des cueillettes en forêt avec les malades en leur enseignant notamment à reconnaître les champignons et met en place avec eux un jardin potager. Tosquelles, en déclarant de fausses épidémies de tuberculose, permet aux malades

« Messieurs, prenez ces pioches et jetez-moi le quartier cellulaire par terre. Bientôt il n'en restera que poudre ».

d'améliorer leur ration et d'éviter ainsi la sous-nutrition. Au seul congrès de psychiatrie qui se tient sous l'occupation en 1942 à Montpellier et qui a pour thème « l'anorexie mentale » – au moment où les internés des hôpitaux psychiatriques sont en train de mourir de faim – Balvet, au nom des médecins de St Alban,

vient dénoncer la condition asilaire. Au-delà de cette économie de survie, c'est tout le rapport aux malades qui est modifié et que partagent les Balvet et les Tosquelles malgré leurs différences. Fin 1940, Elena Tosquelles et leur fille alors âgée de quatre ans arrivent à Saint-Alban. Ils auront trois autres enfants qui grandiront tous en compagnie des malades. Les Balvet et les Tosquelles tiennent à ce que leurs enfants côtoient les fous, n'en aient pas peur et vivent avec eux au quotidien. De nombreux témoignages attestent d'une grande liberté au sein de l'établissement et d'une vie commune entre les gardiens, les malades, les médecins, l'ensemble du personnel et leurs familles. Nicole Guillet qui a grandi à St Alban se souvient du milieu très vivant dans laquelle elle a été élevée : les enfants Balvet jouaient souvent avec Père Alexandre, un malade qui se prenait pour le fils de la Reine Victoria, et parlant au vent. L'hôpital était leur cour de récréation.

L'écrivain Hervé Bazin raconte que Tosquelles « rassembla ses malades et leur cria : « Messieurs, prenez ces pioches et jetez-moi le quartier cellulaire par terre. Bientôt il n'en restera que poudre. Et le docteur Tosquelles, avec ses associés (Balvet, Bonnafé, Chaurand...), entreprit de « guérir »

ses services, son personnel et ses méthodes. La division des agités disparut la première... et, avec elle, l'agitation! »

Un rassemblement de proscrits

L'histoire de l'hôpital se confond avec l'histoire locale de la Résistance. Dès 39, le maire vient trouver Balvet et lui demande d'accueillir des juifs en les cachant parmi les malades. Juliette et Joseph Pradin, infirmiers psychiatriques, natifs du village, travaillant au départ comme gardien et bonne, très impliqués dans la transformation des lieux, ont témoigné de la porosité entre les malades et les réfugiés. Chaurand rejoint

l'hôpital lozérien en 1941 après avoir quitté son poste du Puy en raison d'une incompatibilité réciproque avec les religieuses de Sainte-Marie de l'Assomption. En 1942, le communiste Lucien Bonnafé remplace Paul Balvet. Il veut fuir Paris où il est recherché pour des activités de résistance et passer en zone non occupée et réussit à se faire nommer dans cet hôpital à dessein pour rejoindre le maquis de Haute Lozère dont il prendra la tête. Ce choix est aussi un retour à son enfance : son grand-père, un certain Dubuisson, a été directeur de Saint Alban pendant la première guerre mondiale et Bonnafé se souvient que certains de ses jouets étaient des figurines sculptées par les fous de cet asile.



pensionnaires avec Nusch, elle participe à la thérapie de certaines femmes schizo-phrènes. Canguilhem, philosophe, médecin et historien des sciences, auteur d'une thèse sur le normal et le pathologique, a été également fortement marqué par son accueil dans ce lieu où il contribue au soin des malades. D'autres personnalités du milieu surréaliste et communiste passent par St Alban pour des séjours plus ou moins longs. Cette petite communauté se réunit très régulièrement le soir au sein

ILS FORGÈRENT LE NOM DE
« GÉO-PSYCHIATRIE »
QU'ILS CONÇOIVENT COMME
« UNE PSYCHIATRIE QUI
N'EXISTE QU'EN FONCTION
DE SON INSERTION DANS LA
GÉOGRAPHIE HUMAINE,
DANS LE CRU ».

de ce qu'ils vont appeler la société du Gévaudan. Entre les soins apportés aux blessés du maquis et la préparation d'éditions clandestines, ces réunions mettent en chantier le monde asilaire, repensent l'aliénation mentale et l'aliénation sociale. Ils posent alors les fondements de ce qu'on appellera plus tard la « psychothérapie institutionnelle ».

Dans cet élan, ils entraînent le personnel, les malades et même les religieuses. La légende veut que la mère supérieure, devenue une véritable alliée dans les soins apportés aux malades, cachait des armes sous son lit. La préfecture les surveille et les soupçonne d'activités subversives, ce qu'atteste le rapport des Renseignements généraux de 1942 : « le docteur Tosquelles aurait une influence des plus néfastes sur tout le personnel de cet hôpital. Tendances nettement révolutionnaires et anti-nationales. Bon praticien, a toute la confiance et l'estime du docteur Balvet, médecin directeur de l'asile. Gasc, Pic, Bonnet, Cayzac, Constant, tous ces hommes employés à l'asile de St Alban auraient une action des plus louches parmi le personnel ». Les enquêtes de police ne permettent cependant pas de démasquer les activités clandestines au sein de l'hôpital. Tosquelles et ses comparses héritent aussi de pratiques d'Agnès Masson : ils vont visiter les familles en chenille à neige, parcourent la Lozère pour aller chercher les malades. Ils forgèrent le nom de « géo-psychiatrie » qu'ils conçoivent comme « une psychiatrie qui n'existe qu'en fonction de son insertion dans la géographie humaine, dans le cru ».

ARTICLE À PARAÎTRE DANS LE
PROCHAIN NUNATAK !

(ET EN ENTIER SUR LE SITE SOINSOIN.FR)

Très lié au milieu surréaliste parisien, il accueille Paul Éluard, sa fille Cécile et sa compagne Nush à l'hiver 43-44. Ces mois passés à l'hôpital ont inspiré Éluard pour l'écriture de Souvenirs de la maison des fous, il fait alors rentrer dans sa poésie le langage de la folie. Cécile Éluard écrit sur les femmes

Voici trois articles sur des collectifs qui ont développé la notion d'empowerment, c'est à dire la capacité d'avoir un plus grand contrôle sur sa "différence" grâce à la création de groupes communautaires permettant aux personnes de s'émanciper de leurs conditions personnelles et sociétales.

Quoi de mieux que de montrer quelques exemples de personnes qui ont compris cela et qui essaient de reprendre les choses en main ?

Nous allons voir cela à travers un collectif sur la maladie de Huntington avec "Ding Ding Dong", un autre sur le handicap féministe "les dévalideuses", et enfin une réflexion sur la considération de la vieillesse avec le «Contre Salon des Vieux et des Vieilles».

Ding Ding Dong !

Le collectif DingDingDong, ou l'institut de coproduction de savoir sur la maladie de Huntington, plus communément appelée maladie de Chorée, est un groupe d'auto-support et de soin communautaire. Son approche de la maladie et du soin qu'il développe bouscule les représentations que nous avons de la maladie. Événement catastrophique, mortifère et séisme personnel si l'on se contente du catégorisme froid et sentencieux de la médecine actuelle; les tenant-e-s des savoirs issus de "l'aventure Huntingtonienne" y voient plutôt un événement transformateur, vecteur d'inventivité, de solidarité et d'élaboration psycho-sociales soignantes.

Huntington : La « pire » de toutes les maladies ?

« Pour moi la MH c'est d'abord une histoire d'amour et de déchirures. »
Anna

La maladie de Huntington est une maladie rare, neuro-évolutive qui touche entre 6000 et 8000 personnes en France. Huntington est une maladie génétique incurable et très héréditaire, avec un risque sur deux d'être porteur-se du gène. Ce dernier est à pénétrance complète, à savoir que s'il est là, il s'exprimera. La mutation génétique peut être détectée par un test génétique, néanmoins, il n'existe pour le moment aucun traitement pour soigner la maladie.

La maladie évolue de manière différente selon les personnes, ses effets avant-coureurs se manifesteront au

« Dingdingdong est donc né dans le but de gagner le pari suivant : La maladie de Huntington est l'occasion de faire pousser de la pensée. Des Savoirs, sans pouvoirs thérapeutiques. »
Alice

beau milieu de la vie, aux alentours de l'âge de 35 ans selon la majorité des cas. La mutation est progressive, comprise entre 10 à 25 ans, et son mouvement inexorable. Si les conséquences sur la santé des personnes sont souvent perçues comme désastreuses et que l'annonce de la maladie peut être vécue par les personnes comme un naufrage annoncé, nous allons essayer de la considérer autrement.

Mais comment cette mutation se traduit-elle concrètement sur la santé des personnes ?

Lorsque le gène entame sa mutation, il implique des troubles notamment en termes de motricité, plus souvent appelés Choré, venant du grec Choréa et que l'on peut traduire par danse. Une danse singulière qui s'exprime par des mouvements désordonnés et que la personne n'arrive plus à contrôler. En tout temps et en tout lieu, les corps ressentent ce besoin d'exulter sans qu'aucune contraintes ne viennent contrarier cette invitation au mouvement. La danse contemporaine est une des ressources qu'a su mobiliser le collectif Dingdingdong pour donner corps à des accès de danse affranchis des canons esthétiques et des normes dominantes.

Et Pourtant !!!
Changer de regard sur la
maladie :
« Faire pousser de la pensée ».

Aussi, ce sont les aptitudes cognitives des Huntingtonien-ne-s qui seront perturbées au fur et à mesure de la mutation. Les effets de la mutation impactent la personnalité elle-même des personnes et changent la manière dont iels se voient, vivent et ressentent les événements de la vie quotidienne. L'image qu'elles ont d'elles mêmes est altérée, leurs traits de caractères se redéfinissent au fur et à mesure de l'état d'avancement de la mutation.

La perception de l'entourage change également par rapport à l'image qu'iels ont de leur proche malade. L'enjeu majeur pour les Huntingtoniens-ne-s repose surtout dans l'acceptation de cette identité nouvelle naissante et sur les retentissements que supposent une transformation affectant tous les aspects de la vie, qu'ils soient familiaux, sociaux et psychiques. De ces symptômes découleront des troubles psychiques et psychiatriques, produits du choc que suppose le traumatisme de cette révélation. Les angoisses, la dépression et la souffrance psychique sont de manière générale des épisodes qu'il faudra surmonter, et dont les Huntingtoniens-ne-s ne feront malheureusement pas l'économie. Enfin, et au stade le plus avancé de la mutation génétique, c'est l'autonomie de la personne elle-même qui est mise à mal, avec pour point culminant une situation de dépendance totale. Voilà un peu pour le topo sommaire et quelque peu plombant et anxiogène sur cette maladie pernicieuse et peu ordinaire.

La maladie de Huntington est une maladie neuro-évolutive. La médecine la considère à tort comme neuro-dégénérative, là repose la première remise en cause d'une notion peu satisfaisante pour les représentant-e-s de Huntingtonland comme iels aiment appeler ce nouveau territoire à explorer. Ce désaccord terminologique n'est pas juste bataille sémantique, il en va au contraire d'une conception de la vie à rebours de celle de la pensée médicale dominante. En effet, si l'on adopte la seule grille de lecture médicale, la vie pour chacun-e de nous serait elle-même à



Le dépouillement
identitaire:
Pour une prise
en soin et ce
dès le diagnos-
tic.

" Les médecins se font
porteur
d'une malédiction ".
Alice

considérer comme une expérience neuro-dégénérative. Vous n'êtes pas sans savoir que nous ferons toutes et tous l'expérience d'un déclin programmé et sommes déjà en chemin vers une fin inexorable. Les porteur-e-s du gène de Huntington l'ont bien compris, la vie comme la maladie n'est pas dégénérescence, elle est une expérience profondément transformatrice et évolutive, anthropologiquement vécue et partagée. Enfin, si la maladie de Huntington est à appréhender comme évolutive, elle n'est ni dégénérescence, ni déperdition des corps et des esprits. C'est un territoire vierge à explorer, une invi-

tation à la vie et au changement, une opportunité de redéfinir notre rapport à soi, au monde, au soin et à l'altérité.

L'approche du soin et de la maladie par le collectif ne se construit pas dans un rapport d'opposition dogmatique aux discours, aux représentations et aux pratiques médicales, il cherche avant tout à questionner et à réfléchir aux manquements d'une discipline qui, dans le champ de la psychiatrie notamment, s'est rendue historiquement responsable des pires fumisteries, toujours à la limite d'un scientisme exacerbé et condescendant.

De nombreux témoignages d'Huntingtonien-ne-s ont révélé la manière désastreuse dont les professionnelles de santé pouvaient annoncer le résultat des tests de dépistage. Énoncé à la va-vite, un entretien expédié en une dizaine de minutes, un discours alarmiste et désespérant comme quoi l'expérience sera insupportable pour tout le monde. Un effet coup de poing sans aucune forme de ménagement. La catastrophe est là, votre avenir est foutu pour de bon. La sentence médicale armée de son expertise et de ses savoirs légitimes impacte durablement l'esprit de la personne malade qui elle, ne peut que se soumettre devant cette glaçante et légitime autorité, seule interlocutrice en présence dans ce grand moment de solitude et de dénuement absolu.



WOODY GUTRIE EST LE MUSICIEN QUI INSPIRA
TOUTE UNE GENERATION DE FOLK SINGER.

PORTEUR DE LA MALADIE, TRANSMISE PAR SA MÈRE, IL PASSA
LES DIX DERNIÈRES ANNÉES DE SA VIE A L'HOPITAL



« Si vous nous dites que cela va
être horrible, on va vous obéir ».

Alice.

Tout comme pour les personnes psychiatisées, l'étiquetage médical procède d'un arrachement symbolique de l'identité de la personne. Elle est comme coupée d'avec son ancienne identité pour rentrer dans le rôle de malade. Ces phénomènes de dénominations et de classifications nous affectent directement et peuvent bouleverser notre comportement, changer notre rapport à nous mêmes et aux autres. Les dénominations et les classifications " font partie d'un monde immense de pratiques, d'institutions, d'autorités, de connotations, d'histoires... " (Hacking Ian, 2001, Leçon inaugurale, Collège de France). De cette façon, l'on entre en interaction avec elles : « Les noms nous travaillent ». Ces phénomènes ayant des répercussions négatives sur les individus sont constituants d'une violence symbolique, dans le sens où certains étiquetages, certaines formes de catégorisations reconnues, légitimées et fortement chargées socialement, comme celle de malade, peuvent nous atteindre et transformer la perception que l'on a de nous mêmes.

Et pourtant ! Il existe bien d'autres manière d'envisager l'annonce du diagnostic et de contrecarrer les écueils de l'étiquetage. Face à cela le collectif Dingdingdong promeut la valorisation des savoirs d'expériences (Témoignages, retours d'ex-

périences, discussions entre pairs etc.) auprès du corps médical pour mieux le sensibiliser aux effets délétères que suppose une logique d'étiquetage univoque et dont l'adversité n'a d'égal que sa violence.

« Nous voulons
participer à la façon dont
on va nous traiter ».

Alice

Alors oui évidemment c'est une mauvaise nouvelle si la personne est porteuse, et elle développera la maladie à 99%. Néanmoins, elle pourra prendre des formes tellement différentes qu'on ne sait pas comment elle se traduira. Des mots comme : « Vous êtes porteuse mais ne vous inquiétez pas nous serons là pour vous accompagner. Aussi, si vous êtes porteuse mais pas encore symptomatique, vous avez encore du temps devant vous, il existe des associations et des groupes d'auto-support qui pourront vous apporter les réponses que le corps médical n'ai pas en mesure de vous apporter etc., ». Tant de paroles rassurantes, empathiques et bienveillantes existent,

et elles sont à même de désamorcer l'écroulement total de la personne. Enfin, les professionnelles de santé n'ont absolument aucune connaissance des ressources dont peuvent disposer les personnes qu'ils ou elles ont en face d'eux. Comment les mobiliseront-elles pour faire face à la maladie ? Le patrimoine génétique, les inscriptions sociales et culturelles, les goûts, les envies, la psychologie etc., sont très variables selon les personnes. Une multitude de leviers, de points d'appuis et de compensations existent, encore faut-il prendre le temps d'écouter le vécu des personnes et d'identifier toutes les ressources susceptibles d'être mobilisées dans un mieux être.

« Je m'adresse aux malades de la MH : ne doutez pas de vous et sachez par mon expérience personnelle, qui vaut ce qu'elle vaut, que vous sortirez de ces états de crise et reviendrez vous-mêmes, pour une période X, mais pour une période quand même et cette période, il ne faut pas la rater, il vous faut la vivre. »

Suzanne

Sans naïveté aucune et sans donner de faux espoirs, le collectif Dingdingdong croit en l'ouverture des possibles tout en s'épargnant les postures de victimes établies par la médecine. Selon ces combattif-ve-s représentant-e-s, il ne faut surtout pas se laisser enfermer, dévorer et dépouiller de son identité par l'événement maladie, mais au contraire à partir de celui-ci se réapproprier son existence et changer son rapport à la vie. Il est indispensable de ne pas rester en passivité, de ne pas subir les assignations de l'extérieur, l'interprétation médicale et rester maître de ce que l'on est, pense et ressent. Continuer à vivre comme l'on est et comme l'on adviendra.

De la figure du monstre à la singularité de nos corps : Accueillir la transformation

« J'avais l'impression que j'abritais un monstre, qui allait se réveiller d'un seul coup. J'étais tout le temps aux aguets. Comme si j'étais en train de développer une espèce de phobie anti-Huntington -autrement dit anti moi-même. »
Alice

Nous le savons maintenant, les signes avant-coureurs de la mutation génétique se manifesteront à un moment donné dans le parcours des personnes. Il s'agira pour elles et leurs entourages respectifs de s'y préparer. Toute une série de questions anxieuses peuvent alors traverser et hanter l'esprit des Huntingtonien-ne-s : Dans quel état vais-je finir ? Que vais-je devenir ? Comment mes proches vont-ils supporter et vivre ces changements ? Qui vais-je devenir ? Vais-je me transformer en monstre ? La figure apeurée du monstre dont fait allusion Alice peut sembler compréhensible, quand bien même elle semble aussi produite de représentations sociales handiphobes, dépréciatives et dévalorisantes.

En nous inspirant des « Disabilities studies », nous pouvons affirmer que le handicap n'existe pas, c'est la société validiste et normative qui pro-

voque les situations de handicap. Le traitement social du handicap étant fondé dans nos sociétés sur l'exclusion, il faut bousculer nos représentations sur cette question de la place que nous accordons aux personnes dites "handicapées". Dans cette perspective et pour rester sur la maladie de Huntington, c'est à l'entourage et à son environnement social de se mettre au diapason pour être à même d'accueillir le changement, la transformation de la personne et arriver à les comprendre. Le modèle social défendu par les "Disabilities studies" insiste en effet davantage sur l'hypothèse que le handicap existe en dehors des caractéristiques bio-physiques et psychiques des individus. Il ne se manifeste que parce que les conditions environnementales l'engendrent. Il est une production socio-culturelle et est la conséquence d'une organisation sociale défaillante. Dans cette perspective, le handicap n'existe pas ! En revanche, l'exclusion sociale et l'handiphobie oui, et c'est toujours une triste réalité à combattre. Enfin, il n'y a de monstre que dans les yeux de celles et ceux qui le reconnaissent comme tel et qui créent les conditions de sa délétère et injuste identification.

Ce que nous enseignent les Huntingtonien-ne-s c'est qu'il faut accepter la transformation de la personne. La vie n'est jamais linéaire, le changement est une épreuve mais nous façonne au rythme des mouvements affectant le cours normal de la vie. Par l'effraction violente qu'ils supposent, les accidents de la vie, les changements brutaux bouleversent les équilibres, fragilisent l'édifice personnel et social tout en faisant vaciller une identité qui nous semblait fixée. Et pourtant, la maladie constitue la personne mais n'altère en rien la pluralité de dimensions qui s'incarnent en elle, l'ont construite et structurée. L'identité de malade, comme celle d'handicapée, assignée froidement par le pouvoir médical, ne saurait être selon les Huntingtonien-es, la seule à même de les définir. C'est une certitude, au fur et à mesure de la mutation génétique, la personne va vivre sous les coups de butoirs de la maladie, impactant son comportement, ses pensées et son corps, avec pour conclusion une invalidité totale. Et pourtant ! Dingdingdong restaure,

par ces idées de transformations et de changement, que nous connaissons toutes et tous dans nos vies, l'image et la dignité du malade, mais surtout du vivant. Une restauration qui passe également par cette mise en mouvement des personnes par l'action collective, un chemin de vie digne à arpenter ensemble au gré de déboires et de défis qui pourtant nous façonneront en tant qu'être singulier. La maladie est une mise en mouvement vers l'Autre et vers un autre soi ; une aventure humaine faite d'énigmes existentielles insaisissables, c'est un saut vertigineux dans le vide que nous essayerons toutes et tous d'appréhender et de vivre au mieux. La catastrophe passe... et la vie continue, toujours... dans un ici et maintenant partagé !

« Changer de manière de penser, de fonctionner avec ses assauts d'angoisse. Changer, c'est quitter un mode ancien et ce n'est pas encore être dans un mode nouveau (...) Il y aura des moments d'égarément, de doutes et d'errance. Un saut dans le vide et dans des projections vaines et illusives. C'est une histoire sans fin, un devenir des instants et dans la consolidation de nos liens. »

Alice

Se prémunir contre la solitude et le catastrophisme médical : L'entraïdologie ou l'éloge de la solidarité.

« Je ne suis pas toute seule, alors... »

Michelle

Les personnes de Dingdingdong en souffrance psychique se sont battues et ont su faire lien entre elles pour mieux s'inscrire dans des dynamiques d'empowerment et d'émancipation par rapport au champ strictement médico-social. Dans des situations catastrophiques, vivre n'est pas forcément subir son déclin mais cela peut supposer de déployer une inventivité collective. DingDingDong et son groupe d'auto-support crée donc la possibilité d'inventer une pluralité de savoir-faire, un art de vivre bien avec

soi et à travers le collectif. Cet art se forge et se cultive dans le cadre d'un champ de connaissances et de pratiques que DingDingDong appelle l'Entraïdologie. Au fondement de l'entraide, il y a la solidarité active et de base. L'idée repose dans la mise en place de toute une constellation et de tout un maillage social entre pairs à même de permettre aux personnes de se soutenir dans les moments compliqués, lorsque l'angoisse et l'anxiété se font dévorant. Le collectif a des réponses que la médecine et le repli sur soi ignorent. Cette entraide

« Il n'y a de vie que dans les marges. »
Marcel Proust.

est totalement semblable à celle que portent les luttes anticapitalistes, rééquilibrant le "Nous" et le "Je".

« Voir comment certains assumaient leur état m'a aidé à accepter aussi ma situation. Cela guérit l'âme, on peut avoir du désir jusqu'au bout, du plaisir jusqu'au bout. Que ce sont tous ces possibles qu'il faut susciter maintenant, on est équipé par ces possibles. »

Alice

C'est aussi avec le renfort de nombreuses disciplines, qu'elles soient scientifiques (philosophie, sociologie, histoire...) où artistiques (littérature, musique, cinéma, danse...), que Dingdingdong s'est donné les moyens d'explorer la maladie comme un territoire vierge.

« Le bien être est tout d'abord social, se reconnaître, se connaître, faire partie d'un groupe donne de la force ».

Alice

<https://dingdingdong.org/>

Terranova Fabriziol, 2018, "Absolute Beginners", Edition Dingdingdong.

Hacking Ian, 2001, Leçon inaugurale, Collège de France.

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



ALICE.R DU COLLECTIF DINGDINGDONG

« Je crois qu'en regardant autour de moi, j'ai cherché le collectif, et qui a fait que finalement je m'en suis sorti ». Extrait du film « Absolute Beginner » Homer

Huntingtonland : Une terre d'accueil et de résistance tournée vers l'Autre.

Accueillir et accompagner l'Autre dans ses fragilités, dans ses transformations et dans ses doutes lorsqu'il est affecté-e par des déboires inhérents à l'existence permettent de co-construire des espaces de soins, de liberté et une entité sublimée. Une entité sublime créée à l'initiative d'êtres singuliers qui se meuvent au rythme des rencontres et à même de faire éclore un être social nouveau, une communauté de soins soutnante, solidaire et aimante.

Si «l'anormalité» des corps et des esprits, certifiée froidement par le dis-

cours et les pratiques médicales dominantes, condamne trop souvent à la stigmatisation, elle peut aussi par la danse, la musique, l'entraide et le partage d'expériences vécues, faire émerger de la pensée, des forces sociales insoupçonnées et un véritable art de vivre... Toujours... Et partout...

Je conclurai par une suggestion musicale, par un morceau de bravoure Folk plus que jamais d'actualité et que nous a offert la légende américaine qu'est Woody Guthrie. Guitariste Folk, bohème, militant anti-fasciste et mentor de Bob Dylan, lui-même était atteint de la maladie de Huntington. Alors si vous passez par Huntingtonland et que vous y croisez ses habitant-e-s et leurs proches, saluez-les chaleureusement de ma part et remémorez-vous ensemble les paroles accueillantes de Woody Guthrie.

« This land is your land,
This land is my land (...)
This land was made for you
and me. »

à Alice.R et à ma Tante.

Freaky boy

Les Devalideuses

**Le collectif “Les devalideuses” se définit comme “au croisement des luttes contre le validisme (la discrimination systémique subie par les personnes handicapées) et le sexisme”
Elles ont écrit un article sur leur blog qui représente leurs luttes.**

“Les femmes, comme les personnes handicapées, sont considérées comme des groupes naturellement inférieurs (aux hommes / aux valides) et doivent lutter pour obtenir l'égalité et l'émancipation. Les femmes handicapées font l'objet, au plus haut degré, des formes de domination qui s'exercent sur toutes les femmes : infériorisation et infantilisation ; contrôle du corps et des comportements ; discriminations sexistes ; privation d'accès à des droits égaux ; violences sexistes, y compris sexuelles, qu'elles soient privées, institutionnelles, médicales, ou économiques. Les oppressions ne se remplacent pas, elles se cumulent et elles se croisent, créant des situations uniques et complexes qui nécessitent toute notre attention. Nous sommes donc également concernées par l'ensemble des luttes liées au genre, à l'orientation sexuelle, à l'origine ethnique, à la religion ou au milieu social.

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées sont les organismes chargés «d'accueillir les personnes en situation de handicap et leurs familles et de les écouter afin de les guider dans la formulation de leur projet de vie et leur demande

**Nous serons
pédagogues,
parfois mordantes,
toujours argumentées.**

**Nous serons politiques,
dans nos propos et
dans nos actes, car il
s'agit de faire
la révolution.**

**Nous serons toujours
aux côtés de nos pairs,
nous devons chérir
notre communauté et
retrouver la fierté de
nos identités.**

de compensation du handicap». Concrètement, composées de médecins, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et autres professionnels de santé, ces structures sont des acteurs principaux dans nos vies handies. Elles dispensent des statuts et des allocations permettant le respect de notre droit à une vie digne et autonome (Relire l'article sur la Vie Autonome comme projet politique) :

Le statut RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé qui doit permettre de voir son poste adapté et d'ouvrir des droits de formation (entre autres). LAAH : Allocation Adulte Handicapé, qui permet la vie (la survie) des personnes qui la perçoivent. LAAH a été récemment déconjugalisée, grâce aux luttes antivalidistes et féministes. Relire le Manifeste pour la déconjugalisation de l'AAH. La PCH : Prestation Compensation du Handicap, qui permet de rembourser les frais engagés pour fonctionner dans une vie digne. Elle finance les aménagements ou les aides humaines, que ce soit nos proches aidants ou les

personnes que nous employons pour vivre au quotidien. Dans leurs fonctionnements (ou leurs dysfonctionnements), ces structures supposées nous permettre de vivre dignement peuvent nous faire vivre un enfer. Perte d'autonomie, mise en danger physique, précarisation, perte de logement, syndrome post traumatique dû au stress, à l'attente,... Autant de conséquences vécues qui reviennent dans les témoignages des personnes traitant avec les MDPH.

C'est le cas de Charlotte Puiseux, qui met son récit en ligne sur les réseaux sociaux ; presque un an de souffrance pour faire simplement renouveler ses droits. Pendant 2 mois, elle s'est vue couper sa PCH pour payer ses 5 auxiliaires qui se relaient auprès d'elle 24h/24.

J'aurais dû être hospitalisée pour survivre c'est certain." Il faut donc connaître ses droits et avoir un capital culturel et matériel suffisant pour simplement obtenir que ses droits soient appliqués. La violence pour les personnes qui n'ont pas ces ressources est immense et profondément injuste. C'est littéralement leur vie qui est en jeu. Cette mécanique est à l'inverse de la vie digne et autonome pour laquelle nous nous battons et à laquelle la MDPH est supposée participer. Sans compter que le fonctionnement de ces structures par département accroît certaines inégalités, mais les protège aussi d'une action collective nationale. Nous sommes convaincues que les violences ne relèvent pas de faits divers ou de cas isolés.




Mais la MDPH a également tenté d'imposer la transformation de toutes les heures de son conjoint, alors uniquement salarié pour elle dans son équipe d'auxiliaires depuis des années, en aidant familial. Cette imposition impliquait non seulement une perte de salaire de plus de moitié pour son conjoint (et donc pour le foyer), mais était surtout un procédé totalement illégal que la MDPH a tenté de faire passer en toute impunité. "Sans l'intervention de la juriste de l'AFM, (que j'ai sollicitée parce que je savais mes droits bafoués) et les filets de sécurité personnels de solidarité humaine et matérielle, qu'est ce qui me serait arrivé ? Aurait-on dû vendre la maison avec mon conjoint et mon enfant à très moyen terme ?

En identifiant les points communs de nos expériences, nous pourrions dénoncer et agir sur ces violences structurelles. C'est pourquoi nous lançons une enquête pour cartographier les violences dans les pratiques des MDPH. Vous avez vécu des délais abusifs, des remises en question de vos droits, des situations de précarité, des humiliations dans vos interactions avec les MDPH ? Cela impacte votre vie, réduit votre autonomie, aggrave votre état de santé, physique ou mental, dégrade vos relations ? physique ou mental, dégrade vos relations ? Témoignez et relayez le lien de l'enquête autour de vous !

LE CONTRE SALON DES VIEUX ET DES

... quand l'organisation collective libère et fortifie

**POUR UNE VISION MODERNE DU CONCEPT DE LA VIEILLESSE ET DE SON INCLUSION DANS LA CITÉ.
QUELQUE CHOSE DE ROCK'N ROLL, IRRVÉRENTIEUX ET QUI POURRAIT REDONNER ENVIES AUX JEUNES DE NE PAS
"MOURRIR AVANT D'ÊTRE VIEUX"**

 Le Conseil national autoproclamé de la Vieillesse (CNaV), créé en décembre 2021, a organisé le premier contre-salon des Vieilles et des Vieux à Paris, Halle des Blancs-Manteaux, du 17 au 19 novembre 2023. Un salon «qui ne vend rien, ne promet rien, mais offre à toutes et à tous, la possibilité de débattre, trois jours durant, des sujets qui les passionnent ou les préoccupent »

Le CnaV compte plus de 2000 adhérent.es et souhaite « mobiliser vieilles et vieux sur tout le territoire pour qu'elles deviennent actrices des politiques publiques les concernant ». Véronique Fournier co-fondatrice du CnaV dit aussi «on s'est aperçu que les vieux n'intéressaient pas grand monde et que la politique de la vieillesse était pensée par des gens qui ne savaient pas ce qu'être vieux voulait dire.

Nous avons décidé d'occuper le terrain, de nous regrouper en collectif et d'apporter une parole différente de ce qu'entend la société aujourd'hui. » «C'est le rôle du CNaV, de faire émerger une conscience, pour montrer les discriminations que nous vivons et les attentes que nous avons. Nous ne voulons plus de porte-paroles qui s'expriment à notre place :

**CHAQUE TENTATIVE DE
SE RÉEMPARER INDIVIDUELLEMENT ET COLLECTIVEMENT DE CE QUI NOUS ISOLE NOUS FAIT SOUFFRIR ET NOUS DÉPRÉCIE EST UNE CHANCE DE RETROUVER DE LA FORCE POUR AFFIRMER SA PLACE ET SA SINGULARITÉ QUELLES QU'ELLES SOIENT**

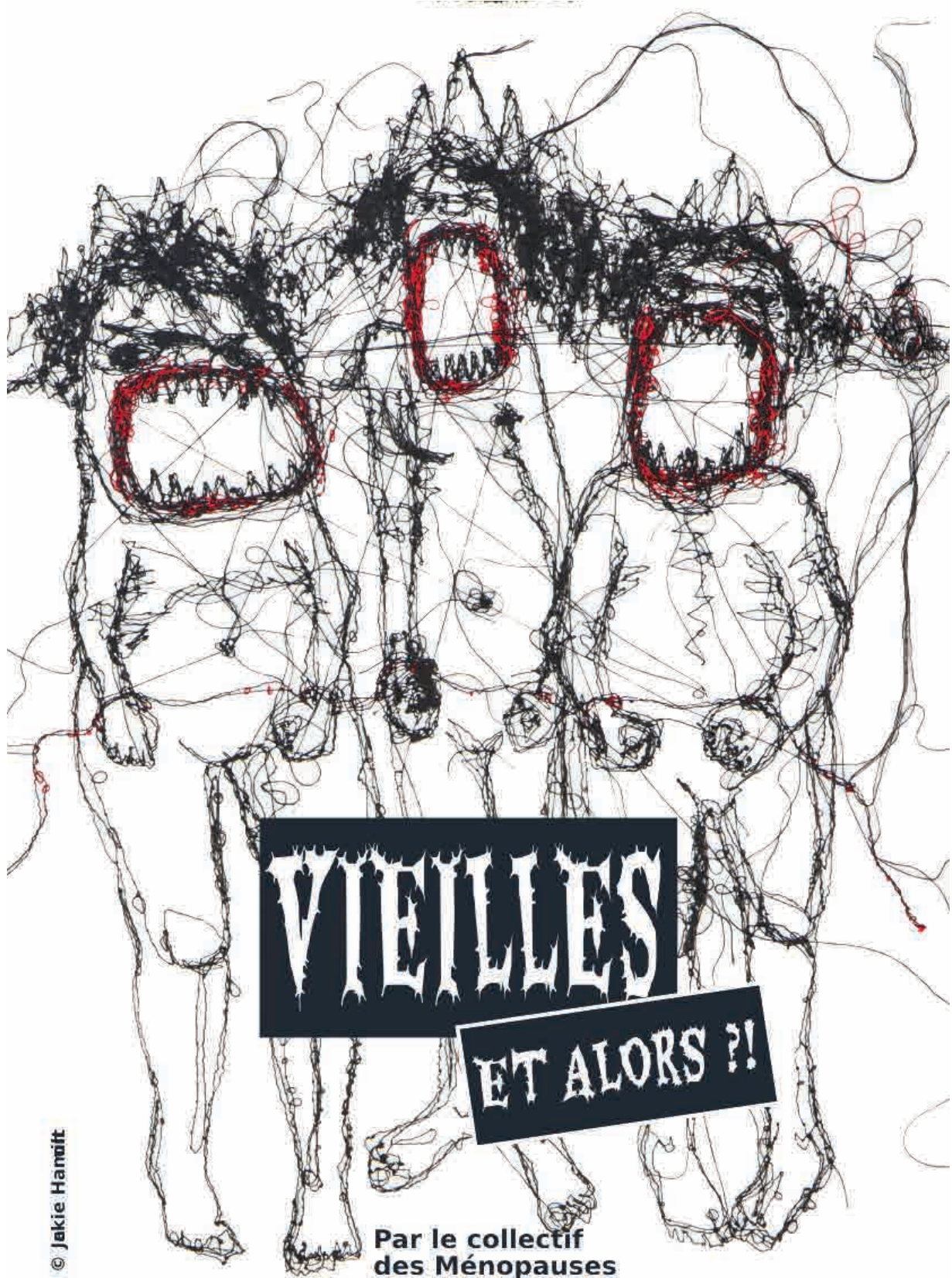
#RienPourLesVieuxSansLesVieux.» dit Guy Carrier, fondateur du contre-salon et de l'association Grey Pride Véronique Fournier affirme encore « ... nous nous appelons des vieilles et des vieux, (...) nous faisons un contre-salon et non pas un salon. Nous aimons la provocation et nous le revendiquons. Soit on est marginalisé.e parce qu'on énerve trop, soit cela interroge les gens et ils viennent nous voir. Je n'aime pas du tout ce mot «senior». Je préfère encore celui de personne âgée, personne vieille ou vieillissante. On ne dit pas des jeunes qu'ils sont des «juniors» dans la société. Comme on dit les jeunes on peut bien dire les vieux. Je ne comprends pas pourquoi on veut absolu-

ment euphémiser ce genre de terme » Comment on s'appelle ? Comment on nous appelle ?

Ces questions, immensément politiques, résonnent avec la réflexion autour du soin psychiatrique et la façon dont on s'organise pour reprendre du pouvoir sur les stigmates. L'euphémisme dit « doux » se montre parfois plutôt redoutable et enfermant ; derrière un discours aseptisé et lisse la société capitaliste dit sa peur, son horreur du vieillissement, de la fragilité, de la différence et sa volonté de cacher et écraser ce qui ne rentre pas dans les cases, n'est pas productif selon ses normes. Nommer vieille une personne âgée, folle une personne neuro-atypique pour ne pas euphémiser la réalité semble un pas vers une possibilité de se ré-appropriier des espaces où vivre au plus près de ce que l'on est.

Chaque tentative de se ré-emparer individuellement et collectivement de ce qui nous isole, nous fait souffrir et nous déprécie, est aussi une chance de retrouver de la force pour affirmer sa place et sa singularité quelles qu'elles soient!!! Moi en tous cas je préfère devenir vieille folle que vieille conne!! I.Lv

cnav-demain.fr/



© Jackie Hamdit

Par le collectif
des Ménopauses
Rebelles