

Faire tenir le charme

Comment réparer quand on est fêlé.e ?

Un projet de recherche participative du Centre Franco Basaglia et du Club André Baillon – avec Clémence Mercier, Odile Smal et une quinzaine de personnes participantes, fondatrices du groupe et souhaitant garder l'anonymat.

Depuis le mois de septembre 2024, nous nous réunissons pour parler de psychiatrie. Nous nous voyons dans un service de santé mentale belge (SSM). Le groupe est composé de membres du lieu et de deux travailleuses, l'une engagée au SSM en question, l'autre au Centre Franco Basaglia. Au début, on s'est rassemblé pour parler de psychiatrie et de soin. Nous savions déjà qu'il nous faudrait trouver une formulation plus précise car le sujet est vaste et le rapport entre les deux mots, pas si évident.

Cette recherche s'accompagne d'un glossaire ; les mots qui y sont détaillés sont marqués par une * dans le texte.

Introduction. La formulation de la question

Nous avons, en partageant ce que nous évoquaient les mots de soin et de psychiatrie, formulé une question de recherche : « comment réparer quand on est fêlé.e ? » Cette question a émergé à l'intersection de deux contenus culturels ou images.

D'abord, le mot *fêlé* a circulé entre nous car un film venait de sortir et portait cet unique mot pour titre¹. Le film relate l'histoire d'une institution qui accueille des personnes « violentées par la vie ».

L'autre image était cette technique japonaise de réparation des objets cassés, fendus, fêlés à partir de filaments dorés. Cette technique s'appelle le « kintsugi » et est généralement traduite comme « jointure en or » ou « réparation en or ». Les mots utilisés pour décrire cette technique sont, la plupart du temps, les suivants : il s'agirait d'un art de la sublimation qui permettrait de réparer ce qui est brisé en laissant apparentes les cicatrices, les marques de la fracture, de la brisure. Le kintsugi est une technique qui met en valeur les imperfections et tisse une esthétique sur le fait de rendre visible les marques d'une brisure, d'une cassure.

Ces deux mots, *fêlé* et *réparer*, nous en avons fait des compagnons ; ces compagnons fonctionnaient comme un clin d'œil dans le groupe, vers tous ceux et toutes celles qui avaient eu à entendre ce mot de façon injurieuse ou péjorative. Le reprendre du côté de la cassure et de sa possible réparation, c'était aussi commencer par s'arracher un vocabulaire. Nous avons choisi qu'ils seraient comme des guides pour baliser deux problèmes dont la psychiatrie semble aujourd'hui avoir la charge. D'une part, elle prétend dire qui est *fêlé*. D'autre part, réparer ces personnes. Notre questionnement consistait à éclairer le rapport de ces deux termes à la psychiatrie mais, également, à explorer si c'est vraiment la psychiatrie qui a la capacité de produire de la réparation.

¹ <https://www.senscritique.com/film/feles/92369381>

Nos perspectives ou comment formuler une pluralité de savoirs-situés.

1. C'est quoi « être fêlé.e » ? Problématique de la souffrance ou « qu'est-ce qui t'amène en psychiatrie ? »

Nous nous sommes réuni.e.s avec, pour intention, le fait de penser quelque chose autour de la psychiatrie et du soin. Une des premières portes d'entrée qui a permis au groupe de se constituer, d'échanger, de façonner un problème commun était de savoir : « comment on se retrouve dans un hôpital psychiatrique et/ou dans des institutions de santé mentale ? »

En effet, toutes les personnes qui sont parties prenante du groupe, hormis les deux employées, avaient toutes déjà été hospitalisées en psychiatrie ; certaines, sous contrainte. Les participant.es fréquentaient régulièrement le service de santé mentale dans lequel nous tenions les activités. Certaines vivaient dans un domicile privé ; d'autres en institution – habitations protégées* par exemple. Certaines avaient également connu des expériences carcérales sous le couvert du régime de défense sociale². Les expériences de vie et les expériences avec les institutions étaient donc diverses mais semblaient toutes demander une première forme d'explicitation de ce qui faisait qu'on se retrouvait tous.tes là. Le terme qui a semblé traverser la singularité des expériences était celui de souffrance. « A un moment, on se retrouve hospitalisé.e parce qu'on souffre, on souffre trop. » Certain.es ajoutaient qu'il n'y avait pas vraiment de raison à cette souffrance. Et que la psychiatrie n'avait pas été la réponse adéquate à la souffrance qu'elles traversaient. Deux personnes remettaient fondamentalement en cause le fait d'avoir été hospitalisées, l'une parce qu'elle estimait « n'avoir fait de mal à personne » et l'autre car elle avait souffert, d'une part, de violences psychiatriques au sein des institutions et, d'autre part, d'une erreur de diagnostic. Elle pointait, dès lors, les souffrances et les traumatismes générés par l'institution psychiatrique avec lesquels elle devait encore vivre à l'heure actuelle. Une autre personne dit avoir trouvé dans l'hôpital psychiatrique une réponse à sa souffrance : elle souffrait énormément d'être seule et voulait aller à l'hôpital pour être entourée. « A un moment, je me suis même dit que je serais mieux en prison que toute seule, je voulais juste être avec d'autres personnes. »

En tout cas, et cela a façonné la manière dont nous avons construit notre réflexion, toutes les personnes présentes ne voulaient, pour rien au monde, retourner à l'hôpital. L'hôpital a donc été le nerf de cette réflexion car, en étant une forme de repoussoir pour les unes et les autres, il nous enjoignait à penser un paradoxe extrêmement fort qui traverse toutes nos institutions (psychiatriques et de santé mentale) ; le paradoxe entre le soin et la violence. Cette tension entre soin et violence, nous l'avons traitée sous divers angles (institutionnels, légaux, sociologiques). L'hôpital a fonctionné, dans notre analyse, comme un axe central de réflexion car il symbolisait de manière extrêmement forte cette tension et parce qu'il semblait éclairer, à revers de sa propre fonction et de son propre fonctionnement, l'importance de faire autrement, et de faire ailleurs. Prendre l'hôpital comme point de départ réclamait aussi d'examiner comment le paradoxe de la violence et du soin n'est pas un enjeu localisable dans un seul lieu, aussi emblématique soit-il ; un

² Le régime de défense sociale est une juridiction spécifique pour les personnes porteuses d'un trouble psychiatrique, diagnostiquées, et qui sont jugées, pour cette raison, et à l'occasion d'un acte délictueux, irresponsable de leurs actes. Pour plus de précisions, voir infra.

des enjeux de notre groupe a été de penser, à partir de l'hôpital, comment cette tension entre soin et violence circule dans une diversité d'espaces sociaux. « Il y a une friction entre la violence qu'on vit et le fait de vouloir se réparer. » ; c'est cette friction que nous avons tâché d'examiner.

§1. Les différents types de souffrance : psychique, sociale et institutionnelle

Ouvrons notre première perspective, celle de la souffrance, de cette souffrance qui aurait amené les membres de ce groupe à rentrer *dans la psychiatrie*. Nous avons distingué trois causes à la souffrance : des situations de souffrance peuvent être de nature **psychique, sociale ou psychiatrique**. Il s'agit, pour forger une analyse critique au sujet du soin et de la psychiatrique, de dégager et d'analyser comment ces causes génèrent de la souffrance mais, surtout, et crucialement, s'articulent entre elles. Au travers de cette recherche participative, **nous défendons** l'idée que ce nouage entre différentes formes de souffrance doit faire l'enjeu d'une **interrogation collective** et d'une **pratique de partage dans le monde social** qui permettrait à chacun.e de se sentir concerné.e par la souffrance existentielle, la sienne ou celle des autres.

Commençons par décrire, brièvement, chacune de ces trois causes et comment elles forgent, pour notre groupe, un éclairage pertinent pour construire notre problématique.

- D'abord, les **causes psychiques** de la souffrance.

En effet, les itinéraires de vie qui contiennent un ou des passages en psychiatrie semblent marqués par des difficultés psychiques ou émotionnelles ; des difficultés qu'il n'est pas si aisés de nommer. Certaines difficultés étaient liées à ce que la vie avait comporté de dur, de troublant, de désespérant. Des deuils, des pertes, des relations, de la violence, du traumatisme. Ces difficultés émergent à la surface d'histoires intimes singulières qui, parfois, trouvent une expression typiquement psychiatrique : « on m'a dit que j'étais schizo-affective ». Les membres du groupe relèvent la difficulté à statuer s'il y avait une fragilité préexistante aux événements qui ont déclenché leur première crise. Pour certain.e.s, cela semble évident. Pour d'autres, il n'y avait aucun élément qui permettait de prédire qu'il y allait avoir une ou des périodes de crise, ou des situations de grande vulnérabilité et de grande souffrance.

Aucun mot ne s'impose pour qualifier ces moments de la vie « où la digue a sauté, où l'on ne trouve plus de remède à la souffrance ». Certain.es disent « crise », d'autres « décompensation »³, d'autres encore préfèrent le terme de « souffrance existentielle » ou de « vulnérabilité ».

- Ensuite, il y a les **causes sociales** de la souffrance existentielle.

Pour beaucoup, ces difficultés émotionnelles, psychiques ne pouvaient être séparées des **conditions sociales d'existence** : nous nous sommes attardé.e.s sur la façon dont la précarité

³ Le terme décompensation est le terme médical qui sert à désigner l'effondrement de l'équilibre psychique d'un individu. Il est souvent utilisé pour désigner des périodes où apparaissent des symptômes psychiatriques aigus (comme l'apparition d'hallucinations, d'un épisode de délire, de phases de confusion, ou de phénomènes d'angoisse).

sociale et économique entraîne des difficultés psychiques. Par exemple, la situation de sans-abrisme nous semble exprimer, de façon très perceptible pour tous.tes, comment une situation sociale peut causer des souffrances psychiques ou psychiatriques très importantes. En effet, la personne qui se trouve en situation de sans-abrisme est dénuée de moyens pour répondre à ses besoins les plus fondamentaux : sécurité et intégrité physique, mise en danger très profonde de son corps par l'exposition au froid, à la faim, dégradation des relations sociales, exposition à de la violence, etc.

Qui, décemment, pourrait vivre une telle situation d'exposition à la violence sans être profondément mis à mal psychiquement ? Une des personnes présentes soulèvait l'importance de ne pas se laisser aller à des discours-réflexes concernant les personnes en rue et à pouvoir nourrir une perspective sociale et collective sur cette situation plutôt que de regarder la personne en situation de sans-abrisme comme responsable de sa situation. Dès lors, la question que nous nous posions était de savoir comment nous pouvions nourrir cette perspective socialisante ; nous avons cherché à nous **outiller conceptuellement**.

Apport conceptuel

Nous avons parlé, pour ce faire, de la pensée du psychiatre martiniquais **Frantz Fanon**⁴. Frantz Fanon, lorsqu'il était interne en médecine à la faculté de Lyon, a découvert avec effroi et colère la réalité d'un nombre important d'hommes qui avaient quitté leur pays, l'Algérie, alors colonisé par la France.⁵ Ils avaient fui la situation coloniale qui était productrice d'une violence extrême et avait tenté de s'arracher de meilleures conditions de vie sur le sol français, sur le sol du colon. Fanon découvre, notamment lors de visites à domicile, une réalité asphyxiante : de nombreux hommes se plaignent d'un mal de ventre foudroyant auquel le corps médical semble trouver peu de réponses. Aucune lésion ne vient attester la douleur, l'expliquer, lui donner fait et cause. Pourtant, ces hommes ont mal ; ils sont tordus de douleur. Devant cette réalité, bon nombre de médecins français (blancs) vont répondre avec une interprétation raciste : il s'agira du « syndrome nord-africain. » Ce syndrome nord-africain est un terme qui permet de cataloguer ces hommes comme des menteurs, des bons-à rien qui veulent s'extirper du travail. Ce que Fanon remarque et élabore, c'est que : 1) la douleur de ses hommes est bien réelle quand bien même le savoir médical ne peut l'expliquer, 2) la réponse de l'ordre médical est raciste et consiste à dénier et à silencier ces personnes en souffrance. Fanon, dès lors, propose une réponse qui se veut attentive à la vie de ces hommes, c'est-à-dire à leurs conditions de vie. Pour comprendre, en tant que médecin, la réalité de ces patients, Fanon va inventer un concept, une nouvelle manière de penser la situation de souffrance qu'il a sous les yeux. Il va forger un « diagnostic de situation. »⁶ Ce diagnostic de situation permet de comprendre que la souffrance de ces hommes n'a pas une cause physique (une lésion quelque part, situable dans leur abdomen) mais une pluralité de causes sociales. Ce sont des personnes exilées, ayant quitté leur pays, leur entourage. Elles sont seules affectivement mais

⁴ Frantz Fanon a nourri une pensée ainsi qu'un engagement politique et clinique qui a été l'objet d'un travail d'analyse au Centre Franco Basaglia. L'article en question analyse un dispositif précis utilisé par Fanon au sein de l'hôpital dans lequel il était médecin-chef en Algérie colonisée. L'article est disponible ici : <https://www.psychiatries.be/justice-sociale/equipement-collectif-terrain-foot-hopital-psychiatrique/>

⁵ Il raconte et théorise cette expérience dans l'article suivant : Frantz Fanon, « Le syndrome nord-africain », *Esprit*, 1952. Ce texte est repris dans le travail d'édition critique fait par Jean Khalfa et Robert Young : Frantz Fanon, *Écrits sur l'Aliénation et la Liberté*, Editions La Découverte, Paris, 2015.

⁶ Expression qu'il reprend à Stern : Dr E. Stern. « Médecine psychosomatique », *Psyché*, janv-févr. 1949, p.128.

vivent entassées à plusieurs dans une petite pièce car ce sont les seuls logements qui leur sont proposés. Leurs conditions de vie sont graves : ces hommes dorment à plusieurs dans des pièces exigües et insalubres avant de passer leurs journées à travailler, sans aucun droits et contrats légaux. Ils sont exploités sur le territoire français. Leur souffrance relève et est causée par cette situation de vie qui se réduit à de la pure survie ou à une situation de mort atmosphérique, une mort dans la vie⁷. Et Fanon d'affirmer que ces causes sociales sont entièrement suffisantes pour expliquer la souffrance de ces hommes et que, dès lors, ce sont sur ces causes sociales qu'il s'agit d'agir pour « réparer » quelque chose de cette souffrance, prendre soin de ces corps.

Ce concept de **diagnostic de situation** permet aussi de procéder à un déplacement sur le plan du psychique : enfin, cette notion permet de prendre en charge la façon dont la souffrance psychique peut excéder une interprétation neurologique ou biologisante et, dès lors, peut être comprise comme la conséquence de toute une série de discriminations ou de violences sociales. Il permet aussi de **prendre en charge**, réellement, la douleur en ce qu'elle est physique (la douleur au niveau du ventre est bien présente et il s'agit de la traiter quand bien même elle ne correspond à aucune lésion et remet donc en question les évidences médicales). A aucun moment, le diagnostic de situation ne remet en cause la douleur et les perceptions de la personne qui vit de la souffrance.

- **Enfin**, la dernière dimension de la souffrance que nous avons d'emblée relevée est celle qui est **causée par les institutions psychiatriques** sur les personnes patientes.

Le terme de « mauvais traitement » a longtemps exprimé ce type de réalité, nous préférions utiliser le mot de **violences psychiatriques** ou violences institutionnelles. Cette souffrance concerne le type de violences que l'on peut subir quand on se retrouve incarcéré.e dans une annexe psychiatrique, hospitalisé.e ou bien en position de patient.e dans un service psychiatrique (de jour, de consultation, d'habitations, etc.). Plusieurs types de violence ont été nommées : des violences physiques perpétrées directement sur le corps des personnes (à caractère sexiste ou sexuel parfois), des violences psychologiques, des violences médicales. Une membre du groupe a expliqué qu'alors qu'elle était au cabanon⁸ quatre hommes occupant la fonction d'infirmiers sont rentrés dans la pièce et lui ont demandé de retirer sa culotte. « La psychiatrie, ça m'a retiré ma pudeur. » Une autre personne a témoigné du fait que son médecin psychiatre voulait absolument lui faire avouer des prises de drogues, car il pensait que c'était le déclencheur de sa schizophrénie. Cette personne n'avait jamais consommé de produits stupéfiants.

⁷ Voir à ce sujet : Matthieu Renault, « Vie et mort dans la pensée de Frantz Fanon », *Cahiers Sens Public*, 2009/2, n°10, pp. 133 – 145.

⁸ Le cabanon est l'expression d'usage, en psychiatrie, pour désigner la chambre d'isolement ou la mise en isolement durant une mise en observation (« aller au cabanon » désigne alors plus précisément, le fait d'être mis en observation). Cette expression, bien qu'elle semble datée aujourd'hui, circule encore largement dans les institutions et peut même être retrouvée dans la loi. Par exemple, le terme est repris dans l'Arrêté royal fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (01 octobre 2002), disponible en ligne :

<https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/2002/10/01/2002022921/1996/04/01?doc=8541>

Dans ces quelques bribes de situations vécues, nous pouvons voir à quel point le corps et la parole des personnes qui se retrouvent en hôpital psychiatrique sont mis à mal et exposés à des violences structurelles, c'est-à-dire qui sont générées par l'institution et les structures sociales. Cette violence peut être liée à un non-respect du consentement de la personne, une atteinte à sa pudeur, à son intégrité physique et psychique, une dénégation de la parole de la personne en position de patient.e et de sa capacité à consentir ou non à des traitements ou à une hospitalisation. Il est très important, dans le cadre de notre travail, d'arriver à articuler le fait que les violences psychiatriques sont de nature structurelle (au même titre que d'autres violences) et qu'elles expriment, en même temps, un rapport de pouvoir et de domination singulier, particulier à l'endroit de son exercice.

Mise en perspective critique élargie

Nous vivons une période où des personnes ayant vécu des violences diverses parviennent à nommer ces violences et à les faire émerger dans le monde social. Beaucoup de travaux scientifiques, académiques et militants sont publiés et circulent au sujet de ce qu'on pourrait nommer **les violences structurelles**⁹, c'est-à-dire les violences qui sont générées par les structures sociales bien qu'elles se manifestent dans des relations inter-individuelles. Ces violences structurelles commencent à s'imposer comme objet social, suite à des mouvements, des moments de « libération de la parole » et des actions de lutte organisées. *Metoo* est un des mouvements emblématiques de ce phénomène de prises de parole publiques luttant pour briser le silence dont souffrent les victimes de violences sexistes et sexuelles. Ce n'est pas le seul ; beaucoup d'autres groupes sociaux victimes de violences structurelles tentent de rendre visibles et de faire cesser les violences dont ils sont victimes¹⁰. Nous pensons, notamment, à ces *sujets sociaux*¹¹ et aux violences auxquelles ils sont prioritairement exposés : les enfants et les violences incestuelles, pédocriminelles ou intrafamiliales, les personnes LGBTQIA+ et les violences trans/lesbo/homophobes, les personnes racisées et les violences racistes, policières et néocoloniales, les personnes porteuses de handicap et le validisme.¹²

Si nous nous attardons à citer certaines de ces luttes, c'est qu'elles articulent profondément un travail de visibilisation du vécu des personnes qui subissent de la violence et le développement d'un appareil critique susceptible de la rendre compréhensible – et donc, de récupérer un pouvoir d'agir sur les structures sociales. Ces violences que certain.es luttent pour nommer et éclairer peuvent être saisies depuis leur rapport direct aux institutions sociales. Encore une fois une liste échoue à pouvoir tout dire ou tout transmettre, mais nous pouvons citer : les violences institutionnelles qui ont lieu dans les écoles, dans les services d'aide ou de protection de la jeunesse, dans les

⁹ Ce terme a été créé dans les années 1970 par le sociologue et mathématicien norvégien Johan Galtung. Voir : Johan Galtung, « Cultural violence », *Journal of Peace Research*, vol. 27, n°3, 1990, p 291 - 305

¹⁰ Nous savons qu'il n'est pas possible de partager les luttes des personnes minorisées et le type des violences qu'elles subissent sous la forme d'une liste exhaustive car nous ne pouvons que manquer la réalité dramatique que vivent certains.nes.

¹¹ Au sens de personnes qui appartiennent à un groupe social mais qui ont, évidemment, une agentivité propre, individuelle et n'y sont donc pas réductibles.

¹² Nous avons, sur la proposition d'un membre du groupe, travailler le concept de *validisme* à partir de cette vidéo : <https://www.mediapart.fr/journal/france/250625/handicap-toute-la-societe-est-validiste?uid=MTIwMzc2Ng==>

services médicaux, dans les services carcéraux, dans les centres fermés, et, aussi, dans les services psychiatriques. Ces violences émanent des institutions et de leur appareillage matériel/juridique/discursif.

Prenons un exemple : dernièrement, des témoignages ont émergé, en France, dans la sphère politico-médiatique, concernant un établissement scolaire, le Lycée de Bétharram. Au sein de cet établissement, et durant des décennies, des étudiant.es ont été victimes de violences physiques et à caractère sexuel – dont des faits de viols et de pédocriminalité. Ce qui s'est produit à Bétharram et, surtout, le fait que la parole des victimes trouve un lieu social d'expression à travers les médias, permet d'éclairer le mécanisme au travers duquel se déplient des violences structurelles. Ici, il s'agit d'enfants pris dans un rapport d'autorité avec des adultes qui assurent leur scolarité, des enfants pris dans une société qui ne croit pas la parole des enfants, qui leur apprend à se taire, qui valorise la discipline et la violence disciplinaire, des enfants sujets à des violences pédocriminelles et silencierés par les mécanismes de domination que les auteurs mettent en place et dont les institutions et les entourages se font le relais. Cette affaire est particulièrement exemplaire de l'intrication du niveau subi des violences (les violences se sont exercées sur des personnes précises, dans des endroits précis) qui est un niveau intime et d'un niveau structurel de ces violences puisque ce sont aussi le fonctionnement même des institutions qui est mis en cause (l'établissement scolaire mais aussi des personnes ayant eu des mandats politiques à l'époque, notamment, en la personne du premier ministre français François Bayrou).

Dans l'affaire de Bétharram, on voit bien la double réalité des violences structurelles : elles s'exercent dans des situations précises, intimes, particulières mais elles sont issues de la structuration politique de la société dans son ensemble. Il y a bien des victimes ici, des auteurs, des lanceuses d'alerte, des personnes qui savaient mais qui n'ont rien dit, des personnes complices qui savaient mais qui ont caché les informations. Il y a les personnes qui sont liées, intimement, au prix de grandes souffrances pour les victimes, à cette affaire terrible. En même temps, au-delà de ces personnes précises, de cet établissement précis, il y a toute l'inscription sociale dans laquelle ces violences prennent place. Dès lors, ce qui s'est produit en termes de violences à Bétharram doit nous alerter sur le type d'institutions sociales qui ont permis et produit ces violences.¹³

Décalons-nous encore ou continuons à élargir la mise en perspective. Il y a maintenant vingt ans Zyed Benna et Bouna Traoré ont trouvé la mort, suite à un contrôle de police qu'ils ont tenté de fuir. Les garçons, alors âgés de 15 ans et 17 ans, ont fui les forces de police lorsqu'elles arrivaient pour les interPELLER. Pour ce faire, ils se sont réfugiés dans un transformateur électrique sur un site EDF. Les policiers en intervention n'ont pas cherché à porter secours à ces adolescents alors même que leurs vies étaient mises en danger de par leur simple présence sur le site EDF. Zyed et Bouna sont décédés par électrocution. Leurs morts ont entraîné une révolte importante en France, notamment en région parisienne, car il était devenu insupportable, pour une partie de la population

¹³ <https://www.mediapart.fr/journal/france/dossier/apres-betharram-le-metoo-de-l-enseignement-catholique>

en tout cas, que les forces de police produisent une menace constante sur les personnes racisées. La violence policière est dénoncée, par des collectifs militants, en ce qu'elle est raciste et post-coloniale¹⁴. Cette histoire n'est pas isolée, elle est un des drames qui découle d'une logique structurelle de violence policière et raciste que nous cherchons toujours à faire cesser aujourd'hui. La liste de victimes n'a de cesse de s'allonger, pourtant. Dans la violence policière et dans le racisme d'Etat¹⁵, ce qui est en jeu, c'est bien une violence qui s'exerce spécifiquement sur certains corps, ceux des personnes non blanches. Cette violence n'est pas punie, elle est même invisibilisée ou légitimée par les structures sociales.

Nous référençons, à la suite de notre texte, une série de ressources bibliographiques analysant ces violences structurelles et permettant de problématiser ce qu'elles ont à la fois de singulier et d'intersectionnel.

Les violences structurelles sont un outil de compréhension de ce qui génère la violence ; la singularité des sujets sociaux sur lesquels la violence s'exerce est cruciale à déterminer et doit faire l'objet d'un travail d'enquête, de savoir. Précisément parce que les violences structurelles s'exercent de façon particulière (par exemple : les personnes blanches ne sont pas concernées par la violence raciste, les hommes cis/hétérosexuels ne sont pas concernés par les violences de genre), il est très important de visibiliser comment et sur qui tel type de violence s'exerce. Nous tenons à trouver les moyens d'expression et de compréhension pour tenter de développer une sensibilité collective aux violences propres à la structure psychiatrique. Nous croyons que nous pouvons, à partir du travail de ce groupe, visibiliser un type précis de violence structurelle.

Revenons-en, après cette mise en perspective élargie sur la notion de violences structurelles, au secteur de la psychiatrie. Il y a des violences spécifiques, directement liées à la façon dont l'institution psychiatrique est organisée politiquement et légalement. Comment pouvons-nous entendre que l'institution qui est censée soigner/guérir/réparer produit de la violence ? La violence est-elle un élément qui peut co-habiter avec le soin ? Ou bien sommes-nous face à une impasse, d'une gravité difficilement nommable, où l'institution censée soigner est une instance qui inflige des blessures, de la souffrance, du traumatisme ?

Avant de déplier, pour mieux la comprendre cette intrication entre soin et violence au cœur de la psychiatrie, nous souhaitons rester avec une interrogation : si la psychiatrie veut/dit soigner, comment prend-elle en charge les trois dimensions de la souffrance que nous avons examinées : la souffrance psychique liée à la vie émotionnelle et intime d'une personne, la souffrance liée aux conditions sociales d'existence et la souffrance liée à la violence psychiatrique elle-même ? En catégorisant les souffrances comme nous l'avons fait, on se rend compte qu'il n'y a pas d'évidence à ce que la psychiatrie puisse prendre soin /réparer une personne en situation de souffrance,

¹⁴ Malika Mansouri, *Révoltes post-coloniales au cœur de l'hexagone. Voix d'adolescents*, Presses Universitaires de France, Paris, 2013.

¹⁵ Mathieu Rigouste, *La domination policière*, Editions La Fabrique, Paris, 2021.

répondre à ce qui cause cette situation ou, même plus sommairement, l'accueillir sans lui nuire¹⁶.

§2. Problématique du pouvoir psychiatrique – qu'est-ce qui se passe quand on est pris dans les institutions psychiatriques, à l'hôpital mais pas seulement ?

Au regard des tensions que nous avons dégagées entre le soin et la violence au cœur de la psychiatrie, il nous semble primordial de penser cette tension en deux temps : d'abord il faut prendre le temps de déplier la nature de ce qui fait violence et, ensuite, il faut revenir sur la façon dont la psychiatrie dit prendre soin. Pour réaliser la première partie de cette analyse, il nous faut tenir, de façon conjointe, la nature structurelle de la violence psychiatrique et, en même temps, la spécificité des violences qu'elle produit. En effet, l'institution psychiatrique génère de la violence (violence de nature structurelle ou institutionnelle) mais ces violences sont singulières puisqu'elles sont générées dans un rapport de force particulier (spécificité de la violence psychiatrique).

1) Contrainte, isolement et contention

La contrainte aux soins

La psychiatrie, comme institution, est dotée de la possibilité d'hospitaliser une personne sous contrainte, ce qui n'existe pour aucune autre branche de la médecine. L'hospitalisation sous contrainte est encadrée par une loi, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Cette loi régit les conditions sous lesquelles quelqu'un.e peut être hospitalisé.e contre sa volonté. Elle s'établit sur le plan civil, c'est-à-dire qu'elle n'est pas relative au fait d'avoir commis un délit ou un crime.¹⁷ Cette loi s'applique généralement via une procédure qu'on appelle couramment de mise en observation. Cette procédure qui consiste à décider si une personne doit être hospitalisée contre sa volonté pouvait avoir lieu selon deux modalités.

La première modalité, qui était sensée, dans l'esprit du législateur.trice, être la procédure la plus utilisée, prévoyait qu'un tiers pouvait, sur base d'un avis médical circonstancié datant d'une quinzaine de jours maximum, introduire auprès du juge de paix une demande de soins contraints pour un.e proche. Concrètement, cela voulait dire solliciter le médecin traitant d'une personne pour avoir un avis médical à remettre, dans les quinze jours, au juge de paix. Le juge devait, ensuite, sur base de cet avis médical, décider s'il y avait lieu ou non d'obliger une personne à recevoir des soins psychiatriques.

A côté de cette voie, il y avait également une procédure, vouée à être utilisée à titre exceptionnel, qui était pensée pour les cas urgents. Ce procédure est lancée par un tiers, souvent cela va passer par l'intervention d'un.e policier.ière dans l'espace public car la personne trouble l'ordre public ou qu'un.e proche a décidé d'avoir recours à la police. Cette procédure d'urgence implique, d'abord,

¹⁶ Jean Oury, dont nous parlerons plus loin, avait émis un principe clair, directement bâti sur le principe médical d'Hippocrate : lorsqu'on accueille quelque chose comme la folie – c'est un mot qu'il utilise – il s'agit, avant toute chose, de ne pas nuire. A ce sujet, voir : Jean Oury, « Eviter le pire » in Jean Oury et Patrick Faugeras, *Préalables à toute clinique des psychoses*, Editions Erès, Toulouse, 2013, pp. 66 – 77 ainsi que Diane André, « Préalables à toute clinique des psychoses de Jean Oury et Patrick Faugeras », *Cahier de psychologie clinique*, Editions De Boeck Supérieur, 2014/2, n°43, pp. 221 – 225.

¹⁷ Nous apporterons des précisions sur l'autre régime légal qui concerne les personnes porteuses d'un diagnostic psychiatrique et qui s'effectue, quant à lui, sur le plan pénal. Voir infra, p. 24.

la saisie du Procureur du Roi qui peut, ensuite, adresser la personne à un service psychiatrique pour une hospitalisation immédiate. Dans le cadre de la procédure urgente, la personne sera hospitalisée sous contrainte en attendant l'audience qui statuera sur la nécessité ou non de poursuivre les soins contraints. L'équipe médicale envoie un avis concernant l'état du patient.e au juge. C'est, ensuite et uniquement, au juge de paix de décider si la personne doit continuer à recevoir des soins contre son gré, et, le cas échéant, continuer à être hospitalisée sous contrainte. Cette mesure a une durée de quarante jours ; elle est renouvelable mais ne pourra jamais excéder plus de deux années au total. Cette procédure dédiée aux urgences est, en fait, celle qui est utilisée de façon courante par les proches et les professionnel.les de la santé. La différence fondamentale avec la première procédure est que la personne est sujette à une hospitalisation immédiate dans l'attente du jugement.

Nous venons de préciser les procédures juridiques qui balisaient les soins contraints ; mais il est primordial de comprendre les conditions sous lesquelles cette loi s'applique.

Une personne peut être hospitalisée en unité psychiatrique contre sa volonté si sa situation répond à trois conditions qui sont cumulatives, c'est-à-dire que les trois conditions doivent toutes être réunies simultanément :

- 1) D'abord, la personne doit souffrir d'une maladie mentale
- 2) Ensuite, la personne doit présenter, au moment de la procédure de mise en observation, un danger pour elle-même ou pour les autres
- 3) Enfin, aucune autre alternative que les soins contraints n'a pu être mise en place dans la situation.

Mise au point sur la modification de la loi encadrant la mise en observation

La loi qui encadre les hospitalisations forcées a fait l'objet d'un travail parlementaire récent ; ainsi la loi du 16 mai 2024, entrée en vigueur le 1 janvier 2025, vient modifier la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹⁸. Ce changement a lieu au moment où nous nous réunissons. Nous prenons le temps d'étudier ce changement légal.

La loi a été modifiée dans le but de déstigmatiser les personnes qui pouvaient se retrouver dans des situations de soins contraints. L'une des premières modifications apportée à la loi est formelle : elle concerne les termes utilisés. La loi porte désormais sur une « *mesure d'observation protectrice* » qui peut concerner une « *personne porteuse de troubles psychiatriques* ». Ce changement de vocabulaire s'opère à deux niveaux : d'abord, la nouvelle loi révoque l'expression de « *personne malade mentale* » et est sensée rompre avec les images stigmatisantes qui lui sont associées ; ensuite, le fait de parler d'une personne porteuse de troubles psychiatriques devait permettre d'introduire une définition positive et élargie du terme – notamment en incluant aussi les problèmes d'addiction.

¹⁸ Ressources juridiques disponibles en ligne :

https://www.stradalex.com/fr/sl_news/document/sl_news_future_law2022_2023_55_3721-fr et
https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/communiques_de_presse/la_protection_de_la_personne_des_malades_mentaux_change_le_1er

Le second changement voulu par cette loi entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025 est de diminuer l'usage de la contrainte et de favoriser, autant que possible, les soins volontaires. C'est ainsi qu'entre les catégories, un peu tranchées, de soins contraints et de soins volontaires vient se glisser la notion de *soins volontaires sous conditions*. Cette introduction d'une troisième voie consiste à établir un accord contraignant entre une personne porteuse de troubles psychiatriques et un praticien médical qui la prend en charge. Cet accord constitue les conditions qui doivent être remplies pour que la personne ne tombe pas dans le régime d'une hospitalisation sous contrainte (cela peut consister en « ne pas consommer certaines substances », « prendre tel traitement », « ne pas voir certaines personnes dont l'identité est détaillée », « accepter l'intervention de son entourage ou environnement proche », « fréquenter une institution et établissement résidentiel »). Si la personne ne respecte pas les conditions fixées dans l'accord de soins volontaires sous conditions, elle basculera alors sur le régime de soins contraints.

Cette volonté de diminuer les soins sous contraintes est favorisée, dans l'esprit du législateur.trice, par l'introduction, dans le cadre d'une procédure d'urgence, d'une possible période d'évaluation clinique d'une durée de 48 heures maximum. Cela laisserait le temps au Procureur du Roi d'évaluer plus précisément la situation avant de prendre une décision de privation de liberté prenant cours immédiatement. Endéans les 48 heures, le Procureur du Roi doit statuer s'il y a lieu de prendre des mesures de restriction de liberté, dont les visées sont désignées comme protectrices, pour la personne porteuse de trouble.

Cette récente modification de la loi soulève bon nombre de questions. Depuis notre travail de recherche, nous avons été frappé.es par l'horizon de « déstigmatisation » que la loi se donne et du peu de moyens sociaux, matériels et collectifs qu'elle offre. Changer les mots utilisés pour qualifier une personne et sa situation nous semble peu opérant dans la mesure où ce changement ne s'accompagne pas d'un travail de fond pour changer la situation de la personne elle-même. La stigmatisation ne passe pas que par les mots ; elle passe surtout par un système de signes et de pratiques d'exclusion qui parcourrent tout l'espace social et qui ont des conséquences matérielles importantes. La loi a été modifiée en vue de diminuer la stigmatisation et le traumatisme. La stigmatisation et le traumatisme ont été traités comme des problèmes auxquels la loi pouvait / devait répondre. Les réponses apportées peuvent être résumées comme suit. Concernant la stigmatisation, ce sont les mots utilisés qui ont été modifiés. Concernant le traumatisme, le levier pensé par le législateur, la législatrice pour diminuer la contrainte et le traumatisme est d'introduire la possibilité des soins volontaires sous conditions.

Nous émettons deux réserves par rapport au paysage que dessine et crée cette loi.

D'abord, sur la stigmatisation, elle ne prend absolument pas en compte les effets matériels qu'ont les pratiques psychiatriques sur les corps et les conditions d'existence des personnes psychiatrisées. Par exemple, l'effet des traitements sur le corps (prise de poids ou trouble de la parole, de la mémoire), l'exclusion du marché de l'emploi, la difficulté à faire valoir un droit au logement, la précarité qu'engendre le fait de dépendre de revenus de remplacements, la difficulté d'avoir un accès aux soins dans des délais décents (qu'ils concernent le somatique ou le psychique). A quoi sert de changer les mots si on ne s'attaque pas à changer profondément la structure du monde social dans lequel ils circulent ? Et si, par ailleurs, les mots ont une importance, nous sentons bien, à l'intérieur du groupe, qu'il n'est pas aisé de désigner quels termes sont préférables pour parler des

difficultés existentielles. Certain.es sont favorables à l'usage de l'expression « porteur.se de troubles », d'autres trouvent que cela ne veut pas dire grand-chose. Certain.es défendent l'usage du mot « usager.ère » ; l'un d'entre nous soulève à quel point ça renvoie, pour lui, à ce qui est usagé, usé, dont on a fait usage et qui n'est dès lors plus en état. Le terme usager.ère, on l'entend, peut comporter une connotation très violente. Le mot patient.e semble stigmatisant, lui aussi, car il a tendance à résumer les personnes qui ont à faire avec la psychiatrie au seul rapport médical. Beaucoup d'entre nous sont satisfait.es par le fait de se désigner comme des « membres » de l'institution ou du groupe. Une personne soulève la réalité économique de cette position que nous avons bien du mal à qualifier (patient.e/usager.ère/membres/personnes porteuses de troubles) et nous enjoint à poser les choses depuis cette réalité économique : ce sont les patients.tes de la psychiatrie qui font tourner la machine économique de la psychiatrie et de la pharmacologie et ils et elles en sont donc les client.es.

Ces échanges nous poussent à penser qu'il manque, sans aucun doute, des espaces politiques et collectifs où ces questions pourraient être abordées et tranchées par les premières personnes concernées. La révision d'une loi, d'autant plus si elle se fait avec une visée de déstigmatisation, ne devrait pas se passer des choix, des points de vue et des pouvoirs de décision des personnes qu'elle est sensée concerner. De plus, nous pensons que le choix des mots est une occasion pour travailler, plus largement, le rapport que tout.e un.e chacun.e entretient, dans le monde social, à la question du trouble psychiatrique/de la maladie mentale/de la folie. Cela nous enjoint à un travail large sur l'univers culturel dans lequel cette loi est forgée ; cet univers nous apparaît comme étant un univers « validiste » et médical, basé sur les catégories diagnostiques du DSM*. Se mettre en tension sur les mots et parvenir à d'abord entendre le point de vue des personnes concernées permet de réinterroger la place que nous occupons dans le monde social et la manière dont nous incarnons des manières d'être et de faire qui fabriquent du rejet, de la stigmatisation, de la précarité ou de la souffrance.

Ensuite, la modification de la loi organisant les soins sous contrainte nous semblait cruciale car elle apportait des changements concrets dans le champ de la pratique psychiatrique. Nous avons dégagé et problématisé les effets de la création d'un nouveau régime de restrictions de liberté, celui des *soins volontaires sous conditions*, sur les structures psychiatriques existantes qui ne sont pas l'hôpital. Un des membres du groupe a souhaité que nous nous mettions au travail, spécifiquement autour de ce nouveau levier de la loi de mise en observation protectrice. Le.a législateur.trice défend l'idée que les soins volontaires sous conditions permettent de construire des alternatives aux soins sous contraintes – qui impliquait jusqu'alors une hospitalisation forcée dans un hôpital agréé. En réalité, ce nouveau dispositif doit être interrogé aussi en ce qu'il propose et légitime un nouveau moyen de contrainte sur les personnes et soulève, de fait, des enjeux nouveaux. Les inquiétudes doivent être entendues : en effet, les soins volontaires sous conditions permettent, nous le comprenons, de ne pas recourir à l'hospitalisation forcée. Cependant, ils ouvrent aussi à de nouvelles pratiques coercitives exercées par de nouveaux organismes ou institutions. Si la personne en parcours de soins volontaires sous conditions est, par exemple, tenue de se présenter en consultation chez son ou sa psychiatre à une certaine fréquence, doit se soumettre à des tests urinaires ou sanguins, n'a plus le droit de fréquenter telle ou telle personne, doit résider dans un lieu spécifique, c'est toute une nouvelle série de personnes qui sont embarquées dans l'appareil de contrôle et de restrictions de liberté. Avec la modification de la loi, le.a psychiatre avec qui une alliance thérapeutique* était solide se retrouve tout d'un coup en position d'évaluer si les conditions sont respectées par la personne. Cela brouille de façon conséquente le type de lien, donc aussi le type de soutien ou

d'accompagnement thérapeutique, qui peut être fait avec le.a professionnel.le. Une habitation protégée* peut devenir un lieu, non pas de vie choisi, mais un lieu de restriction de liberté imposé. Qu'est-ce une habitation abrite à partir du moment où elle fait partie d'un arsenal de conditions ? Qu'est ce qu'elle porte ou apporte à la personne qui s'y trouve alors contrainte d'y être ?

Ce changement dans la loi amène toute une série de modifications concrètes des rapports sociaux où, tout d'un coup, des acteurs.trices du monde social qui n'étaient pas impliqué.es dans des rapports de contraintes légaux se trouvent pris dans la possibilité d'exercer, d'évaluer, d'être les agents d'une restriction de la liberté de la personne porteuse de troubles. Du côté des professionnel.les avec lesquels nous avons pu nous entretenir sur le territoire liégeois, on relève et on déplore le manque de consultation des acteurs.trices de terrain avant la promulgation de la loi car, pour beaucoup, il n'est absolument pas souhaitable ni désirable d'être enrôlé dans des rapports de contrôle avec les personnes qui ont sollicité un accompagnement social, médical ou thérapeutique. Ce glissement vers l'exercice de la contrainte risque de concerner aussi bien les services de santé mentale, les habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques, les psychiatres installés en libéral*.

Notre groupe soutient qu'il est légitime d'interroger (ou de craindre) que d'autres institutions, plus éloignées de l'organisation des soins en psychiatrie, soient également concernées. Par exemple, des maisons de repos, des associations comme celles des Expériences du Cheval Bleu dans laquelle une des animatrices travaille, des tiers-lieux* comme il y en a beaucoup sur le territoire bruxellois ou bien, encore, des habitats qui sont mis en place à partir du monde associatif au Centre Franco Basaglia. La volonté de moins user de la contrainte conduirait, nous le craignons, à une expansion du champ de la contrainte et du contrôle dans le monde social – cela peut concerner des lieux (de vie), des institutions, des statuts. Pour des institutions psychiatriques ou associatives qui défendent un projet d'émancipation de toute personne dans le monde social, il est particulièrement frappant que la diminution du recours à la contrainte soit pensée à partir d'une expansion concrète des moyens de contrainte. S'ajoute à cela, un problème important : si une personne se trouve, par exemple, conditionnée à vivre dans une maison de repos, pourra-t-elle disposer des soins adéquats dont elle aurait besoin, d'une mode de vie qui convient à ce qu'elle ressent, désire, ou traverse ? Une des membres du groupe nous a partagé à quel point la maison de repos dans laquelle elle vivait la fragilisait profondément. Elle disait « ne plus avoir de prises sur rien », craindre « la salle d'isolement », et se sentir particulièrement perdue au sujet de ce que les professionnel.les avaient le droit de faire ou pas (concernant la modification de son traitement notamment). Nous voyons donc que nous sommes en voie de faire face à un double problème : d'une part, les acteurs.trices du champ social qui exercent du contrôle augmentent potentiellement avec la modification de la loi et, d'autre part, les lieux où les personnes sont conditionnées à vivre ne sont parfois pas du tout adaptés à ce qu'elles vivent, exercent des formes de contrôle qui deviennent floues et brouillées et, enfin, empêche la personne d'exercer des libertés dont elle est porteuse.

Nos structures, qu'elles soient directement issues de la psychiatrie (comme un Ssm qui fournit du soin psychiatrique en ambulatoire*) ou qu'elles soient à côté des institutions de santé et relève d'une action et d'une mission différentes dans le monde social (éducation permanente, institutions culturelles), auront sans doute à tenir un positionnement par rapport à leur embriagement potentiel dans ce dispositif de soins volontaires sous conditions. C'est, précisément, l'occasion d'interroger et de prendre en charge la manière dont différentes institutions font partie, font marcher et s'insèrent dans le paysage psychiatrique quand bien même elles semblent être une alternative probante à l'hôpital et à sa dimension d'institution totale.

Point théorique sur le concept d'institution totale

Un des membres du groupe était bien au fait du concept d'institution totale tel qu'il a été pensé et défini par Erving Goffman¹⁹. Voici l'éclairage qu'il nous apporte et comment il nous permet de distinguer ou de rapprocher les institutions depuis lesquelles nous parlons – institution psychiatrique de soins en ambulatoire et association du secteur culturel – de l'hôpital psychiatrique. Les grands traits caractéristiques de l'institution totale que nous avons retenus sont les suivants, nous les exprimons en ces termes :

- 1) D'abord, l'institution totale est une institution où toutes les parts de l'existence, et toutes les temporalités de la vie d'un ou de plusieurs individus, se déroulent. Temps de travail, temps de repos, temps d'alimentation, temps de soin. Toutes ces temporalités se déroulent dans l'institution et sont réglées par l'institution.
- 2) L'individu est pris dans l'institution de telle façon qu'aucune part de son identité n'échappe à l'institution.
- 3) Ensuite, les personnes sont coupées d'un rapport au monde extérieur. Cela est organisé de façon telle que la coupure s'effectue autant par rapport à la vie passée de la personne (il y a un avant/après l'entrée en institution) que par rapport à son temps présent (l'institution fait césure par rapport à un ailleurs).
- 4) Enfin, l'institution, par l'enfermement qu'elle produit, implique une dénotation entre la vie normale dont les personnes sont exclues et la vie spécifique qui est organisée à l'intérieur des institutions.

Autour de ces caractéristiques, s'organisent des priviléges ou des abus, c'est-à-dire des adaptations secondaires des acteurs.trices de l'institution pour tirer profit du système de ségrégation dans lequel elles agissent.²⁰

Nous le voyons, le concept d'institution totale que Goffman avait pensé à partir de l'hôpital psychiatrique nous donne la sensation d'une césure ou d'une différence fondamentale entre une institution où toute la vie d'un individu se déroule (l'hôpital) et des services psychiatriques qu'un individu peut côtoyer tout en conservant des parts de vie non indexées à ce lieu (un service de santé mentale).

¹⁹ Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Editions de Minuit, Paris, 1968.

²⁰ « Les établissements tels que les hôpitaux psychiatriques et, parmi eux, l'Hôpital Central que j'ai étudié une année durant appartiennent à la catégorie des institutions "totalitaires" en ce sens que leurs pensionnaires y passent toute leur existence dans l'intimité étroite d'autres personnes qui sont, comme eux, totalement coupées du monde extérieur. Ces institutions contiennent deux types principaux d'agents, le personnel et les reclus, [...]. À l'Hôpital Central, le personnel recourt en effet à des adaptations secondaires. Ainsi, j'ai pu constater que l'on emploie de temps en temps les malades comme gardes d'enfants, jardinier ou personnel à tout faire. Médecins et infirmières envoient parfois les malades autorisés à sortir en ville faire leurs commissions ; [...] le garage de l'hôpital sert parfois d'atelier de réparations ou de magasins de pièces détachées pour les automobiles du personnel ; un surveillant de service de nuit prolonge son travail par une activité diurne sachant, avec beaucoup de réalisme, qu'il pourra dormir durant son service ; pour ce faire, il lui arrive de charger d'autres surveillants ou même des malades complaisants de le réveiller en cas de nécessité. » in Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Editions de Minuit, Paris, 1968, pp. 259 – 260.

Ce que le changement de loi vient remettre en cause, c'est la nature *totale* des institutions psychiatriques et cela nous enjoint à ré-interroger la fonction totalisante de services dont on admet plus communément la visée émancipatrice. En effet, la plupart des personnes dans le groupe s'accorde à dire qu'un service tel que celui dans lequel nous nous trouvons est vraiment aidant. Ils et elles soulignent la qualité des liens qui y sont tissés, le fait que c'est précieux de pouvoir compter sur une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeute, kinésithérapeute, philosophe) mais aussi, de vivre des moments collectifs dans le lieu où « on peut faire des choses et être avec les autres. » Si on prend avec sérieux le fait que, d'après une majorité du groupe, les accompagnements faits à ce SSM sont soutenants, thérapeutiques, et de qualité, on doit prendre avec autant de préoccupation les craintes que suscite la nouvelle loi. Pour reprendre les termes d'une des personnes présentes, "Je suis très inquiet. Qu'est-ce que ça veut dire d'aller à la consultation chez son psychiatre s'il peut décider avec la loi de nous mettre à l'hôpital ? Si c'est lui qui va surveiller les conditions ? »

Nous nous demandons si, en resserrant les liens entre l'hôpital, les juges et les services de santé mentale, la nouvelle loi n'implique pas un bouleversement sur la nature des liens qui peuvent être tissés pour les institutions qui cherchent à accompagner les personnes dans, à partir et auprès de leur milieu de vie et dans le monde social.

La contention et l'isolement

La psychiatrie est l'acteur phare d'un dispositif légal de soins sous contrainte. Ces soins comprennent différentes modalités : l'hospitalisation en elle-même, l'administration de médicaments (contention chimique), la réalisation de thérapies irréversibles comme la sismothérapie²¹ ou encore l'obligation de suivi thérapeutique. Dans les hôpitaux psychiatriques, le personnel a le droit, sous certaines conditions, d'attacher une personne à un lit et de l'enfermer dans une pièce appelée chambre d'isolement, on appelle cela la contention.²² Une pratique psychiatrique consiste également à placer une personne dans une pièce fermée, à part du reste de l'unité. On appelle cela une mise à l'isolement.

Cette branche de la médecine est autorisée à produire des gestes sur le corps d'une personne sans²³ ou contre son consentement (la placer à l'hôpital, l'isoler, l'attacher). L'institution a encore, et cela

²¹ La sismothérapie est la désignation maintenant admise pour ce qu'on appelait, avant, les électrochocs.

²² Nous renvoyons à ce sujet à une étude publiée par le Centre Franco Basaglia sur l'usage de la contention en psychiatrie et sur ce que cela interroge de nos rapports sociaux à la fragilité existentielle/psychique : <https://www.psychiatries.be/intelligible/penser-politique-des-attachements/>

²³ Ce n'est pas l'unique branche médicale dans laquelle la contention ou l'administration d'un traitement sans consentement existe mais elle revêt une dimension particulière en psychiatrie.

De façon générale, il est prévu que des personnes puissent recevoir des soins sans leur consentement préalable dans la mesure où elles sont inconscientes. Imaginons la situation où une personne, après un accident, nécessite des soins urgents et n'est pas en mesure d'y consentir, ces soins lui seront administrés sans son consentement.

Si une personne met sa sécurité physique ou celle d'autrui en péril, elle pourra être contentionnée afin de préserver son intégrité physique. C'est le cas, par exemple, d'une personne qui devrait rester immobilisée à cause d'un dispositif d'intubation et qui mettrait sa santé en péril en bougeant. La personne pourrait alors être immobilisée mécaniquement pour ne pas que ses propres mouvements dégradent sa situation somatique.

est sans doute lié à son appartenance première au secteur de la justice²⁴, une dimension d'enfermement qui la met en contiguïté forte sous certains aspects avec l'institution carcérale.²⁵

Mais avant d'en venir à cette contiguïté entre institutions d'enfermement et institutions de soin, nous voulons affronter concrètement, c'est-à-dire à partir de *vécus*, la question de la contention et de la mise en isolement.

En effet, beaucoup de membres du groupe avaient subi ces mesures et en avaient un souvenir assez difficile ou traumatisante. Le fait d'être contentionné.e avait été traumatisant et nous pouvions sentir à quel point ce sujet était difficile, délicat voire brutalisant à aborder. « Moi, mes plus grands traumas, c'est la psychiatrie. » Nous transmettons donc, nos impressions avec une certaine sobriété.

Dans des situations d'hospitalisation où la contention et/ou l'isolement avaient été utilisés, le fait d'être privé de ressources, de contacts avec l'extérieur renforçait un sentiment de solitude, d'impuissance et donnait le sentiment « qu'on ne pouvait pas dire non. » La mise à l'isolement est également relevée comme une pratique traumatisante car « quand vous êtes déjà mal, le fait d'être enfermé à clé et seul vous met encore plus dedans. »²⁶

Nous avons examiné comment plusieurs collectifs ou comment des soignants.tes s'étaient organisés autour de l'idée que la contention devait disparaître, être abolie de tout espace qui se veut thérapeutique²⁷. Le slogan proposé par le collectif *Comme des Fous* « Si c'est contraint, c'est pas du soin » résonnait avec les expériences subjectives qui ont pu être déposées dans le groupe.

Pour toutes les personnes présentes dans notre groupe et concernées, la contention et l'isolement sont les raisons principales pour lesquelles elles ne souhaitent plus jamais retourner à l'hôpital. Nous nous interrogeons sur le fait que ces pratiques se passent uniquement dans des lieux qui sont organisés spatialement de façon telle qu'ils sont coupés des allées-venues, du flux social mais, donc, aussi, d'un regard tiers sur ce qui se passe à l'intérieur des murs.

Nous avions raconté plus haut l'histoire de l'une de nous à qui quatre hommes infirmiers avaient intimé de retirer sa culotte alors qu'elle était au cabanon. Une autre personne nous a raconté comment, alors qu'elle était hospitalisée sous contrainte, elle insistait pour qu'on arrête de lui faire des traitements par sismothérapie. « On m'a fait treize séances, je pleurais tellement. Je leur disais d'arrêter, je les suppliais de ne pas me faire ça. » L'équipe médicale ne tenait pas compte de sa volonté alors qu'elle se sentait terriblement mal après chacune des séances. Son compagnon était intervenu pour faire valoir le point de vue de la première concernée et faire valoir le fait qu'on arrête de lui faire ces séances. Il avait été mis de côté, rembarré sous prétexte qu'il n'était pas légitime pour intervenir dans la situation : ils n'étaient pas marié.es. C'est parce que cet homme est parvenu à mobiliser la sœur de la personne concernée que la situation a finalement cessé.

²⁴ Voir au sujet de l'histoire de la psychiatrie et, plus précisément, du passage de sa compétence du ministère de la Justice au ministère de la Santé : <https://www.psychiatries.be/2024/faire-son-histoire-dans-histoire-psychiatrie/>

²⁵ « Psychiatrie et carcéral, l'enfermement du soin. », *La Brèche*, Bruxelles, n°5, 2023.

²⁶ Ce sentiment de solitude venait faire relais à la première coupure qu'impose l'hôpital : « l'hôpital a pour fonction de vous couper de votre environnement, de vos proches, de votre famille. » L'isolement physique dans l'espace hospitalier semble résonner en écho de l'isolement social que l'hospitalisation produit.

²⁷ Notamment via le travail de Mathieu Bellahsen (*Abolir la contention*, 2023) mais également les travaux menés par le collectif Comme des fous (disponible en ligne : <https://commedesfous.com/si-c-est-constraint-c-est-pas-du-soin/>)

Nous nous interrogeons profondément sur les effets que crée l'aparté psychiatrique. En effet, comment peut-on se donner le droit de produire autant de violences si ce n'est parce qu'on se sent dans un espace à part entière, où les gestes de soin et les gestes de violence ne sont plus partagés socialement mais dépendent seulement d'une appréciation médico-psychiatrique ? Comment se fait-il que des personnes qui sont sorties de l'hôpital n'aient qu'une crainte, « une crainte à vie », c'est d'y retourner, c'est « de se retrouver là encore une fois » ? A la contention physique, mécanique, succède alors une **contention psychologique** : la crainte de retourner à l'hôpital, la crainte de subir à nouveau ces traitements dégradants et traumatisants agit comme une entrave sur la personne.

Dans le cadre de ces échanges, nous avons pris le temps d'examiner comment la loi relative aux droits du patient.e²⁸ semblait être fondamentalement mise à mal par les pratiques de contraintes, qu'il s'agisse de la mise en observation, de la contention ou de l'isolement. Au moment où nous avons commencé à examiner la loi qui encadrait les droits des patient.es, nous nous sommes aperçu.es à quel point il était courant de ne pas connaître ses droits et qu'il était difficile d'y avoir accès lorsqu'on se trouvait dans une situation de fragilité sociale ou psychique, comme ça peut être le cas lorsqu'on est pris dans une souffrance existentielle importante. Autour de la table, la majorité des personnes présentes ignoraient quels étaient leurs droits en tant que patient.es ou ignoraient qu'il existait des droits spécifiques prévus pour les situations médicales et psychiatriques.

Les premiers mots qui ouvrent la campagne de l'Autre « lieu » résonnaient profondément avec le constat que nous faisions alors :

« Il y a 20 ans, une loi sur les droits des patients était votée en Belgique; un cadre législatif était créé afin d'assurer à toutes et tous la garantie d'une prise en charge médicale soucieuse du respect des droits individuels et de l'intégrité de chacun.e. Et pourtant, des difficultés subsistent aujourd'hui dans l'application quotidienne de cette loi. Certain.es patient.es restent peu informé.es sur leur maladie et son traitement, se voient encore refuser l'accès à leur dossier médical sans motivation ou se trouvent embarqué.es dans un trajet de soin sur lequel iels n'ont aucune prise. »²⁹

L'une d'entre nous a relevé clairement qu'on ne l'avait jamais informée de ses droits, alors même qu'elle avait été hospitalisée deux fois sous contrainte au sein d'un établissement psychiatrique. Pour les autres membres du groupe, le ressenti est similaire : dans aucun hôpital psychiatrique, on avait informé les personnes de leurs droits en tant que patient.e. Ielles ignoraient qu'ielles en détenaient à l'époque, qu'ielles auraient pu les faire valoir mais, surtout, ielles percevaient a posteriori qu'ielles avaient des situations où leurs droits n'avaient pas été respectés par le personnel soignant.

²⁸ Pour travailler sur ce sujet, nous nous sommes basé.es sur la campagne d'information que l'association bruxelloise l'Autre « lieu » avait réalisée à ce sujet en 2021. Toutes les informations et les brochures issues de ce travail sont disponibles ici : <https://www.autrelieu.be/campagne/campagne-2021-en-recherche-de-justesse/>

²⁹ « En recherche de justesse », campagne d'information et de sensibilisation sur les droits du patient, réalisé par L'Autre « lieu » / RAPA 2021, p. 1. Disponible en ligne : https://www.autrelieu.be/wp-content/uploads/2022/01/DDP_feuillet_web.pdf

Avant de relever les enjeux sociaux, politiques et citoyens qui tournent autour de cette loi, nous voulons en présenter, succinctement, les principaux éléments.

Les droits du ou de la patient.e, en bref :

- 5) Le droit à des soins de qualité
- 6) Le droit au libre choix (du praticien ou de la praticienne et de désigner une personne de confiance)
- 7) Le droit à l'information
- 8) Le droit de ne pas savoir
- 9) Le droit de consentir ou pas au traitement
- 10) Le droit de consulter son dossier
- 11) Le droit à la protection de la vie privée
- 12) Le droit à la médiation de plaintes
- 13) Le droit d'être représenté.e

« Le droit, ça n'existe pas, il faut le faire valoir ». Ca a été une des premières observations que nous avons faites et elle rejoignait bien l'entame du travail mené à L'Autre « lieu ». En effet, il y a un décalage entre le plan du droit dans l'appareil législatif et le plan d'exercice du droit dans les institutions psychiatriques. Il nous sautait aux yeux. Nombreuses sont les expériences où le droit de choisir son praticien ou sa praticienne de santé n'est pas exercé ou respecté. L'accès au dossier médical avait été refusé à plusieurs personnes du groupe de façon arbitraire. Le point le plus névralgique et qui nous a beaucoup mobilisé.es était celui du consentement au traitement. Le principe du consentement était également particulièrement bafoué par les pratiques de mise en isolement ou de contention. Ces pratiques qui font partie de l'arsenal médical de l'institution psychiatrique remettent profondément en cause le principe de consentement tel qu'il est présent dans la loi.

En effet, aucun.e des personnes présentes n'avaient consenti à aucune des deux pratiques sur leur corps. Etre isolé.e de force ou attaché.e de force à un lit avait été une expérience humiliante, déshumanisante et traumatisante. D'où cette surprise de voir inscrite au cœur de la loi sur les droits du patient la notion de consentement alors même que le fait d'agir sans le consentement de la personne est monnaie courante dans les hôpitaux psychiatriques. Le fait que la contention et l'isolement soient des pratiques couramment utilisées sans le consentement et, même, contre le consentement des personnes – c'est-à-dire qu'on le leur impose alors même qu'elles le refusent explicitement – fait de l'isolement et de la contention un axe de revendication très fort pour ceux et celles qui luttent pour une psychiatrie à visée démocratique, citoyenne et assurant des soins dont le centre serait la dignité de la personne. Il semble insoutenable que le dispositif psychiatrique de l'hôpital dispose du droit d'attacher et d'isoler³⁰ alors même que la personne est détentrice du droit à consentir. Nous pensons qu'il s'agit là d'une zone grise entre les droits, pensés dans leur abstraction, et l'exercice de ces droits, vécus dans le champ psychiatrique. Comment croire au droit de consentir ou non au traitement si vous savez, dans votre chair, qu'au final on peut vous attacher à un lit et vous injectez un traitement alors que vous n'êtes pas d'accord ? La pratique psychiatrique

³⁰ Les membres du groupe témoignaient de périodes de mise à l'isolement qui avaient parfois duré plusieurs semaines.

vient, ici, fondamentalement raturer l'abstraction du droit et nous oblige à penser, à revers, la dimension citoyenne du soin.

Si nous devons penser cette situation paradoxale depuis une préoccupation citoyenne, c'est précisément parce qu'une institution sociale, comme l'hôpital, remet fondamentalement en cause la crédibilité d'un texte de loi.

Comment fabriquer dans les institutions un rapport où le soin, minimalement, rejoint un des principes fondamentaux du droit ? Mais, peut-être, plus fondamentalement, comment construire des pratiques de soins pensées à partir des droits du patient.e ? Ce serait quoi une pratique psychiatrique dont l'articulation première serait de fabriquer les conditions nécessaires pour que toute personne puisse exercer l'ensemble de ses droits ? Une pratique de soin qui serait impulsée par l'exercice et le respect des droits avant toute chose, avant même de se dire thérapeutique ? Respecter la qualité de citoyen.ne d'un.e patient.e doit-il être un point de préoccupation central au moment où on parle de « soin » ? Qu'est-ce que cela impliquerait directement dans les espaces psychiatriques et les pratiques médicales ? Comment pouvons-nous redonner, au travers de la réalité des troubles psychiques, une dimension au droit et à son exercice ?

L'indignation est forte au sein du groupe et la formule qui en rend le mieux compte est sans doute celle-ci : « Pour quelles raisons le personnel soignant se sent autorisé à ne pas respecter la loi ? »

2) Les conditions de travail

Un argument qui est, souvent, avancé dans le chef des personnes soignantes pour justifier le recours à des pratiques coercitives comme l'isolement et la contention est le fait de manquer de moyens (humains, financiers et matériels). L'argument est, caricuralement, le suivant : on manque d'effectifs, on n'a pas assez de moyens pour accompagner les personnes ou gérer les "crises", du coup, on se trouve forcé d'employer des mesures coercitives. Notons aussi qu'il y a également, dans l'imaginaire psychiatrique largement partagé, l'idée que la contention fait soin ou que c'est la seule solution praticable qu'ont les équipes face à de l'agitation ou des moments hétéro ou auto-agressifs. Par rapport à ces différentes visions et lignes argumentatives au sujet de la contention, nous renvoyons, encore une fois, à l'étude récemment réalisée par le Centre Franco Basaglia³¹.

Sur la proposition d'un membre du groupe, nous avons visionné collectivement un documentaire nommé « Etat Limite »³². Le parti-pris du documentaire est de suivre un médecin psychiatre dans son travail, au sein des urgences psychiatriques d'un grand hôpital parisien. La première partie, nous semble-t-il, développe un point de vue sur la façon dont ce praticien souhaite faire son travail. Lors de cette première séquence, on a l'impression de percevoir quelle est la conception du soin qui guide sa pratique médicale. Lors de la seconde séquence, le spectateur et la spectatrice sont davantage amené.es à considérer les conditions dans lesquelles ce médecin exerce son métier. Ses conditions de travail mais aussi les conditions sociales et institutionnelles auxquelles il est confronté (présence des forces de police dans l'hôpital, manque de personnel soignant, manque de temps, manque de moyens). Le point de bascule dans le reportage consiste dans un moment de prise en

³¹ <https://www.psychiatries.be/intelligible/penser-politique-des-attachements/>

³² <https://boutique.arte.tv/detail/etat-limite>

compte d'une réalité particulièrement violente : on entend ce jeune médecin faire état du désintérêt de la société et de la structure de l'hôpital pour les médecins et les patient.e.s Ce désintérêt est exprimé par l'idée que la vie de ce soignant ne vaut pas plus que la vie des patient.e.s aux yeux de l'hôpital ; c'est-à-dire que ces vies ne valent rien. Le point de vue qui articule le reportage nous fait voir qu'il y a un manque de considération de la valeur à la fois des personnes soignantes et des personnes soignées par l'hôpital en tant qu'institution sociale et par les pouvoirs organisateurs, décisionnels et subsidiant (le plus souvent, l'Etat). Ce point de vue nous fait réagir, en tant que groupe, et nous fait poser le problème qui nous occupe autrement.

En effet, pouvons-nous considérer qu'il y a bien dans la manière dont le travail du soin psychiatrique est organisé quelque chose qui rend le soin impossible ? Pour le dire en empruntant les mots choisis pour présenter le reportage, nous nous demandons : comment bien soigner dans une institution malade ?³³

Cette question, nous trouvons que le reportage en donne une approche sensible. Pour la compléter, la densifier, nous avons mobilisé un paradigme clinique, celui de la psychothérapie institutionnelle, qui s'est emparé de cette question.

Point théorique sur la psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle a été le premier mouvement de psychiatrie à formuler la question de savoir comment soigner dans une institution à partir de la question de l'institution elle-même. Ce mouvement a défendu l'idée que, pour pouvoir soigner, il fallait avant toute chose « soigner l'institution. »³⁴ Cela veut dire quoi soigner l'institution ? Le groupe a choisi de résumer nos recherches comme ceci : il y a, au cœur du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, la formulation de deux principes, les deux jambes sur lesquelles on doit s'appuyer pour pouvoir produire du soin : il s'agit de prendre en charge à la fois l'aliénation sociale et l'aliénation mentale. Si l'on ne s'appuie pas en même temps sur les deux types d'aliénation, on risque de vaciller et de répéter des structures d'aliénation sur la personne en souffrance. Cela veut dire quoi ? Que l'institution psychiatrique, si elle veut soigner, si elle veut réparer, doit s'attacher à comprendre et à soutenir ce qui peut émanciper une personne des différentes aliénations dans lesquelles elle se trouve prise – ces aliénations peuvent avoir lieu dans le monde social mais aussi dans les institutions psychiatriques dans lesquelles une personne se serait déjà retrouvée. Un des premiers principes est, dès lors, que l'institution psychiatrique travaille sa conscience politique et sociale au contact de la singularité de chaque individu pour se prémunir de répéter sur la personne les dynamiques d'aliénation dont elle a déjà été victime. La psychothérapie institutionnelle construit une conception de la difficulté existentielle qui est directement liée à la vie psychique et à la vie sociale ; ainsi ce projet clinique et politique s'appuie sur la construction d'une vie sociale et socialisante au sein de l'hôpital pour rendre possible un processus thérapeutique. Un des outils permettant cette socialisation est le Club thérapeutique. A côté de cette attention portée sur les processus socialisants, la psychothérapie institutionnelle est un paradigme clinique qui cherche à interroger de façon constante les aliénations, les violences que l'institution hospitalière produit.

³³ Ibid.

³⁴ François Tosquelles, *Soigner les institutions*, Editions l'Arachnéen, Paris, 2021.

Les principales figures de ce courant clinique sont Jean Oury, François Tosquelles et Frantz Fanon. Ils ont respectivement inventé et tenu des lieux au sein desquels tout un assemblage de personnes (patient.es, soignant.es, voisin.es, comparses extérieur.es) tentaient de faire vivre et co-exister du soin et des processus politiques de désaliénation. Ces lieux ont chacun une histoire singulière très intriquée au contexte et à la localisation où ils ont pris place : la Clinique de la Borde pour Oury, l'asile devenu hôpital de Saint-Alban pour Tosquelles, et l'hôpital psychiatrique de Blida pour Fanon.

Reprendons notre fil. Nous nous demandions si une institution qui produit de la violence, une institution malade, pouvait produire du soin ? Jean Oury parlait, à ce sujet, de pathoplastie, « c'est-à-dire les influences du milieu, tout ce qui se passe autour de la personne et qui crée, de toute pièce, par réaction, des symptômes, souvent les plus éclatants, comme l'agitation, le gâtsme, la fureur, les contagions hystériques et autres. »³⁵ Encore dit autrement, la pathoplastie, c'est l'émergence chez une personne de pathologies psychiatriques générées par l'institution elle-même. Et « selon Jean Oury, la pathoplastie résulte de l'insuffisance d'une analyse institutionnelle concernant les rapports de pouvoir. »³⁶

On pourrait dire que c'est là, autour de la notion de pathoplastie, que la psychothérapie institutionnelle forge un de ses principes directeurs : il faut, avant toute chose, soigner les institutions. Cela signifie qu'une institution psychiatrique si elle prétend soigner doit constamment soigner le milieu de soin dans lequel les personnes en souffrance sont accueillies. Si le travail de l'institution sur elle-même, travail institutionnel, n'est pas mené alors l'institution est un lieu de productions de violences. Pourquoi ? Parce que toute institution repose et produit des rapports de pouvoir. Le travail institutionnel a pour tâche de les comprendre, les nommer et les désamorcer.

Nous échangions alors sur la façon dont l'hôpital produit une forme particulière de violence : la chronicisation des personnes. Il nous semblait, dans le groupe, que nous étions fréquemment confronté.es à cette forme spécifique de ce qu'on pourrait nommer *pathoplastie*. Nous relevions, en effet, que lorsqu'une personne arrive, une première fois en psychiatrie, et surtout si elle arrive sous contraintes, elle se retrouve enfermée dans un circuit où vont s'enchaîner les hospitalisations. L'hospitalisation produit de l'hospitalisation, produit des parcours de vie « où on est hospitalisé des dizaines, des vingtaines de fois » ou bien des parcours de vie où on ne sort simplement plus jamais des institutions. La violence vécue à l'hôpital produit de la souffrance qui s'articule à d'autres souffrances. L'hôpital qui ne guérit rien devient alors un circuit clos dans lequel la personne psychiatrisée ne cesse de tourner, à la fois parce qu'elle est prise dans la violence que l'institution génère sur elle mais aussi parce qu'elle dépend de plus en plus de l'institution au fur et à mesure du temps. « C'est tellement violent qu'on est tellement mal qu'on doit retourner à l'hôpital. »

³⁵ Jean Oury, *Le Collectif. Séminaire de Saint-Anne*, Champ Social Editions, Nîmes, 2005, p. 63.

³⁶ Catherine de Luca Bernier, « Transformation du soin et logique des groupes en psychothérapie institutionnelle », *Revue de psychothérapie psychanalytique des groupes*, Ed. Erès, 2013/2, n°61, p. 107.

Revenons-en au film. Le soignant, psychiatre, que nous suivons est quelqu'un qui semble se débattre avec l'institution, avec sa violence. Nous devons noter qu'au sortir du film, nous étions tous et toutes choqué.es par une scène du film qui semble témoigner, à l'insu du soignant, de l'ambiguïté de son témoignage ou de son combat. Nous assistons à une scène où cet homme rentre en contact avec une personne agitée, nous ne la voyons pas à l'écran. Nous entendons la scène, le plan de la caméra est fixé sur le couloir. On entend quelques paroles, un ton relativement scandé et le médecin psychiatre qui invite, à plusieurs reprises, la personne à consentir au fait de prendre un traitement qui va la calmer. La personne refuse à plusieurs reprises. Le psychiatre ressort de la salle, visiblement sans que son intégrité physique n'ait été, à aucun moment, mise en danger. Il se dirige vers les infirmiers.ières et leur ordonne de procéder à une contention. Il insiste en arguant qu'il ne va quand même pas la faire lui-même. Dans l'échange, le ton est vif et il manifeste à la fois un rapport d'autorité et une forme de subordination des collègues infirmiers à ses décisions.

Nous sommes mis à mal par la scène. L'une d'entre nous doit sortir car c'est insupportable. Nous cherchons à dire ce qui nous mettait mal à l'aise ou mal tout court. D'abord, il y a la violence de l'acte médical que l'on ne voit pas mais que l'on sait se passer. Il y a, également, le fait que, compte tenu de ce qu'on perçoit dans le film, il ne semble pas que la personne soit agitée d'une telle manière que son intégrité physique directe est en jeu ni celle des autres. Enfin, il y a quelque chose d'insoutenable à avoir suivi le point de vue de quelqu'un qui se décrit comme essayant de faire son travail de soignant dignement (en gardant un aspect humain dans les soins au milieu d'un hôpital qui croule, en dialoguant d'une façon telle avec des personnes en grande souffrance que le moment soutenait quelque chose de digne pour chacun.e) et d'être le témoin du moment où il ordonne une situation de violence. Cela nous donne à penser que s'emparer du problème des institutions en pensant « les soigner » ne peut se passer de gestes de rupture nets avec certaines pratiques. Il n'y a pas d'institutions soignantes qui attachent les personnes. Il n'y a pas de psychiatre soignant qui ordonne une contention. Ce ne sont pas des actes de soin, ce sont des actes de pouvoir. « La blouse blanche, c'est pervers. » car celui ou celle qui la porte est sensé vous soigner pas vous soumettre ou vous violenter.

Ce que révèle la dualité de ce film, c'est bien la dualité de la réalité psychiatrique : la prétention à soigner et la possibilité de contraindre/ d'enfermer. Et cette dualité, ambivalence, paradoxe ne semble pas se résoudre dans une prise en compte « des conditions de travail. » Ou, du moins, nous sentons qu'il s'agit d'un éclairage partiel qui est construit à partir d'un unique point de vue, celui de celles et ceux qui sont acteurs/détenteurs légitimes du soin. L'une d'entre nous soulignait à quel point elle était dubitative concernant la possibilité de « soigner l'institution. » Elle pointait d'abord la potentielle complaisance avec la position soignante « Soigner l'institution, c'est trop gentil avec eux. » La vraie question, celle qui est vitale et qu'on évite pourtant, c'est de savoir « est-ce que ça arrête vraiment la violence ? »

Dans le film, on sent la présence d'un regard unique, celui du psychiatre, construit à partir de la réclamation de meilleures conditions de travail. Cet unique regard et le trouble jeté par le film soulignent la nécessité de produire, dans le champ psychiatrique et du soin en général, des lignes directrices qui partent du vécu des premiers.ières concerné.es. Nous sommes attaché.es dans ce groupe à l'idée qu'il faille favoriser les espaces où quelque chose comme une alliance des points de vue peut se fabriquer, avec pour condition de base de partir de la parole des personnes qui sont concernées par le trouble psychique ou la souffrance existentielle.

3) L'intrication de différents régimes de privation de liberté

Une des questions qui nous a beaucoup parcouru, c'est la façon dont on peut être l'objet de privation de liberté en psychiatrie. En effet, beaucoup de personnes présentes dans le groupe témoignaient du fait que, pour elles, il avait été extrêmement souffrant, infantilisant, humiliant et brutal d'être privées de certaines libertés alors qu'elles venaient chercher une forme d'aide, de soutien, d'écoute, d'accompagnement.

Nous avons décidé de faire une présentation des différents régimes de privation de liberté qui sont liés à la psychiatrie. Nous avons ensuite choisi de déplier l'histoire singulière de l'une d'entre nous pour tenter de faire sentir quelles pouvaient être les tensions présentes au cœur des institutions de soins.

L'Etat détient le monopole de la violence légitime. Certaines institutions sont organisées directement autour et à partir de ce monopole, comme les forces de police par exemple. D'autres institutions complètent ce monopole de la violence légitime par une fonction d'enfermement. Ainsi, la psychiatrie est une institution légitime pour intervenir, conjointement à la justice, afin de priver une personne de sa liberté. Cette co-intervention de la justice et de la psychiatrie est organisée selon trois régimes. Ces trois régimes sont respectivement d'ordre civil, pénal, et administratif.

Point sur la psychiatrie et les différents régimes de privation de liberté

- 1) L'ordre civil, nous l'avons dit plus haut, consiste à priver une personne de sa liberté et de la contraindre à recevoir des soins ; cela se fait sur décision du juge ou du Procureur du Roi et pour autant que trois conditions soient réunies (la personne est porteuse de troubles psychiatriques, elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui, aucune autre alternative de soins n'a pu être trouvée dans la situation).
- 2) Sur le plan pénal, la psychiatrie occupe une place importante par le biais de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. L'internement est défini comme « une mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société. »³⁷ Ces mesures sont présentées, non comme une peine, mais comme « des mesures de sécurité et de soin »³⁸ ; elles sont organisées dans des institutions spécifiques dites institutions de défense sociale. Le régime de défense sociale est construit au croisement de deux institutions sociales : les institutions carcérales et les institutions psychiatriques. En Belgique, ces privations de liberté sont organisées soit directement dans les prisons (annexe psychiatrique) soit dans des établissements spécifiques (centres de psychiatrie légale ou établissement de défense sociale). Ce régime de privation de liberté s'applique sur le plan pénal, c'est-à-dire qu'il est lié au fait d'avoir commis un acte légalement répréhensible. Il s'applique dans les conditions suivantes : la personne qui a commis le crime ou le délit est porteuse d'un diagnostic psychiatrique, elle est reconnue irresponsable

³⁷ Article 2, texte de loi disponible en ligne :

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014050511#LNK0001

³⁸ Voir la présentation de l'internement réalisée sur le site de la Plateforme de Concertation en Santé mentale : <https://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/defense-sociale/>

de ses actes en raison de son trouble, enfin, à la suite d'une expertise psychiatrique médicolégale contradictoire, la personne est considérée comme susceptible de commettre de nouveau des faits répréhensibles à cause de son trouble psychique. Bien que la loi d'internement soit construite autour de la notion de soins, elle recouvre une réalité beaucoup plus punitive³⁹. L'accès aux soins dans les institutions de défense sociale n'est pas assuré, les conditions de détention ne sont pas acceptables au regard du principe de la dignité humaine⁴⁰, enfin, la libération dépend d'une évaluation psychiatrique ce qui conduit bon nombre d'interné.es à se trouver plongé.es dans un no-mans-land punitif sans aucun horizon de sortie. Le collectif *La Brèche*, collectif anti-carcéral, a réalisé un travail d'enquête et d'analyse (sociologique, juridique, historique, médicale) remarquable sur la loi internement et permet de rendre compte de l'écart entre les visées de la loi et la réalisation de celle-ci dans les institutions.⁴¹ Le régime de défense sociale relève-t-il tant du soin que du carcéral ? En effet, nous sommes tenus de considérer qu'il y a une contiguïté forte, malgré ce que la loi entend présenter, avec le dispositif carcéral : d'abord, il s'agit d'une mesure d'enfermement qui est décidée par un juge après qu'une personne ait commis un délit ou un crime et, ensuite, ces mesures d'enfermement peuvent être réalisées dans les prisons dont des ailes sont réservées aux personnes qui tombent sous le couvert de la défense sociale. Ces ailes spécifiques des prisons, nous le rappelons, sont appelées des annexes psychiatriques. Dans le même temps, nous nous sentons tenu.es de remettre également en cause l'idée qu'il s'agit d'un dispositif de « soin » : durant l'enfermement la personne est sensée recevoir des soins psychologiques et psychiatriques et sa libération est relative à l'évolution de l'état psychique de la personne incarcérée ; dans les faits, les soins sont peu voire pas dispensés et le fait qu'aucune durée ne soit prononcée concernant la mesure d'internement constitue une épreuve psychique significative.

- 3) Sur le plan administratif, une personne peut également être privée de certaines libertés ; notamment celle de gérer elle-même ses revenus ou ses ressources financières. On appelle cela une mise sous administration des biens. Elle peut également être privée de certains droits administratifs comme, par exemple, pouvoir se domicilier à l'endroit de son choix. On parle alors d'administration de la personne. Du point de vue légal, l'administration provisoire (dans les faits, souvent permanente) des biens est encadrée comme suit⁴². Elle est une mesure de restriction de liberté qui concerne des personnes majeures, jugées incapables de gérer leurs biens à cause de leur état de santé. Cet état de santé peut concerner des réalités diverses : handicap physique ou mental, perte d'autonomie, un état de coma, etc. Cette mesure d'administration provisoire des biens peut s'assortir d'une

³⁹ Voir à ce sujet le rapport de l'UNIA, « La maladie mentale derrière les barreaux : l'urgence à sortir de l'impasse. », 2025, disponible en ligne : <https://www.unia.be/files/Livret-internement-2025.pdf>

⁴⁰ « La Belgique est régulièrement condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) pour sa gestion des annexes psychiatriques, la durée de détention des personnes soumises à des mesures d'internement et détention inhumaine d'internés en prison ordinaire. La CEDH considère que l'absence de séparation entre personnes internées et personnes détenues de droit commun, la surpopulation, la vétusté des annexes psychiatriques, le nombre insuffisant de personnels et le manque de soins constituent des problèmes structurels du système belge d'internement, qui ne garantit pas la dignité des détenu.es. » dans « Psychiatrie et carcéral. L'enfermement du soin », *La Brèche*, Printemps 2023, n°5, p. 33.

⁴¹ « Psychiatrie et carcéral. L'enfermement du soin », *La Brèche*, Printemps 2023, n°5.

⁴² <https://www.droitsquotidiens.be/fr/question/quest-ce-que-ladministration-de-biens-etou-de-la-personne-protection-judiciaire>

mesure d'administration provisoire de la personne, mais ce n'est pas automatique. L'administration provisoire des biens ou de la personne est ordonnée par un juge de paix qui, dans le jugement, précise les conditions et les limites de la gestion (quels actes l'administrateur.trice peut poser) ainsi que la personne qui sera mandatée pour l'exercer. Le juge de paix peut également, si une des parties impliquées dans la requête le sollicite, nommer une personne de confiance qui sera dans une position tierce entre la personne administrée et l'administrateur.trice. La demande de mise sous administration de biens peut être introduite par n'importe qui : une personne qui souhaite être sous administration, un.e proche, un.e propriétaire, un.e voisin.e, un.e travailleur.euse en hôpital psychiatrique ou en service de santé mentale, ... Pour mettre fin à la mesure d'administration de biens ou pour changer les actes qu'elle contient, la personne administrée doit faire une demande au juge de paix.

Une histoire complexe, Nathalie et l'administration provisoire des biens

Lors d'une de nos séances, nous nous sommes consacrés à la question du régime d'administration provisoire des biens. En effet, nombreux.ses sont les patients.tes en psychiatrie qui, au cours d'une hospitalisation contrainte ou volontaire, sont placé.e.s sous ce régime de privation de libertés spécifique.

Les premiers éléments qui sont apparus dans notre réflexion concernait l'image, le stéréotype, qui était véhiculée par le dispositif d'administration provisoire des biens. Cette image était celle de quelqu'un.e qui aurait beaucoup de dettes ou un problème d'addiction aux jeux. L'administration provisoire des biens s'applique pourtant dans de nombreuses situations qui ne correspondent pas à cette image. Nous voulions donc explorer quel était ce dispositif et qui il pouvait concerner.

La question que nous nous sommes posé.e.s collectivement concernait la nature protectrice de cette mesure. En effet, c'est ainsi qu'elle a été pensée, décrite et encadrée par la légisatrice. Les personnes présentes, dans le groupe, relevaient de façon majoritaire que l'aspect « protecteur » de la mesure ne se traduisait pas dans la réalité. A l'inverse, la mesure est davantage vécue dans sa dimension coercitive, restrictive de liberté. L'une des membres du groupe a déclaré au sujet du terme de protection que « derrière les mots, autre chose se cache. Il y a un côté pervers. » Ce côté pervers ou paradoxal, nous sommes parvenu.e.s à en dire quelque chose dans la mesure où nous arrivions à mettre en tension le rapport entre contrainte et protection. Il nous fallait réfléchir à ce qui, au cœur de l'arsenal juridique, nouait cette tension entre privation de liberté et protection d'une personne jugée vulnérable.

C'est, principalement, le rapport entre la confiance et le sentiment de dépossession de son propre pouvoir d'agir qui produisait cette tension, ce paradoxe.

Plusieurs personnes ont témoigné que la mise sous administration leur semblait automatique lorsqu'elles arrivaient à l'hôpital. La fréquence avec laquelle s'applique la mesure de privation de liberté/protection de la personne produisait un sentiment d'exposition à l'arbitraire, à l'automaticité des mesures de contraintes dès lors qu'on est étiqueté « patient.e de la psychiatrie ». Nous étions,

donc, bien au cœur de notre sujet : l'administration provisoire des biens est une mesure dite de protection qui concerne beaucoup de personnes porteuses d'un trouble psychiatrique et prises dans les institutions psychiatriques. Il s'agit d'une mesure juridique mais qui semble, ici aussi, faire fonctionner justice et psychiatrie de concert autour de l'intimité des personnes. Ce sentiment d'automatisme rature, au moins partiellement, la confiance que les personnes peuvent avoir dans le dispositif juridique et, ensuite, dans l'administrateur.trice des biens.

Une autre facette qui met à mal la dimension de protection de la mesure est que les personnes concernées se sentent à la merci, en dépendance ou dominées par la fonction de l'administrateur.trice. Le langage juridique semble être la première barrière : les personnes de notre groupe qui sont sous mesure d'administration provisoire des biens se sentent en incapacité de comprendre le texte de loi qui encadre cette mesure. Ensuite, la mesure d'administration des biens se traduit souvent par la nomination d'un.e avocat.e comme administrateur.trice. Cet.te avocat.e doit rendre un rapport annuel à la personne administrée ainsi qu'au juge de paix. Les personnes du groupe qui sont concernées par cette situation ont toutes posé le même constat : il leur est impossible de déchiffrer, de comprendre, de s'approprier le rapport annuel rédigé par l'administrateur.trice des biens. Cela ne favorise pas la confiance puisque ce n'est pas seulement de leur argent dont les personnes sont privées mais également de la capacité de comprendre comment il est géré. « On n'a plus rien à dire. » « C'est comme si c'était leur argent à eux. » Cette appropriation et, son corollaire, la dépossession de l'usage des biens d'une personne semble produire, pour certain.e.s, un sentiment profond de désarroi ou de colère : « Qu'est-ce que je viens faire sur terre si je ne peux plus rien faire ? » « Ca m'a fait un choc, ça m'a démolie. » « On a déjà été traumatisé dans notre vie, mais ça [la mise sous administration provisoire des biens] ça en fait partie. »

La tension entre la protection et la liberté est explicite dans le cas de l'administration provisoire des biens. Nous nous sommes attardé.e.s dans un premier temps sur ce qui venait raturer, entacher la confiance dans ce dispositif et qui l'entraînait, de ce fait, davantage du côté coercitif que du côté protecteur. Nous avons, dans un second temps, dégagé les manières de faire ou le type d'accompagnement qui soutenait la dimension protectrice de la mesure. C'est un récit d'une des membres qui nous a permis de réfléchir plus profondément à cette facette protectrice de l'administration provisoire des biens. Nous allons repartir de son histoire pour déployer cette autre dimension de l'administration provisoire des biens. Nous allons appeler cette personne Nathalie.

Nathalie a vécu un temps mariée à un homme qui lui prenait son argent. Il avait accès à ses comptes, se servait dans son portefeuille. Cette situation a duré d'une telle façon qu'un jour Nathalie s'est retrouvée à ne pas savoir payer son loyer. Nathalie décrit sa situation financière dans ces termes : « j'ai été forcée [de le laisser prendre l'argent]. » Elle rajoute : « J'étais malade avant lui, ce n'est pas lui qui m'a rendue malade. »

La situation de Nathalie a évolué une fois qu'elle a été mise sous administration provisoire des biens. Nathalie dit qu'elle a un bon rapport, un rapport de confiance à son administratrice. Au début, « elle ne me donnait que 150 euro par mois. » « Maintenant que je suis divorcée, elle me donne plus. » L'administratrice centralisait, dans un premier temps, énormément des dépenses relatives à la vie quotidienne de Nathalie pour éviter qu'elle ne soit dépouillée immédiatement de son argent par son ancien conjoint.

La question que nous avons formulée à partir de cette situation ne concernait pas tant l'administratrice ou les montants versés à Nathalie – qu'on pourrait trouver précarisants et

choquants. Ce que nous avons choisi d'explorer, c'est la possibilité, pour Nathalie en l'occurrence, de se réapproprier cette mesure. Nathalie explique qu'elle a pu se sentir soutenue dans sa situation, qu'elle a également utilisé le changement produit par l'administration provisoire des biens pour s'engager dans une procédure de divorce et mettre fin à une situation abusive. L'administratrice a été un relais de confiance dans le cadre de ce divorce (conseil vers une consoeur de confiance pour représenter Nathalie dans la procédure) mais, surtout, elle n'a jamais poussé Nathalie à prendre telle ou telle décision par rapport à sa situation relationnelle. Elle a plutôt été une ressource pour accompagner, soutenir les décisions que Nathalie souhaitait prendre par elle-même.

L'administratrice de Nathalie témoigne beaucoup de disponibilité, elle répond aux questions de Nathalie. Elle est fiable : Nathalie sait que si elle appelle et qu'elle n'obtient pas immédiatement de réponse, elle peut laisser un message, l'administratrice la rappellera et répondra toujours à ses questions. Un autre point relevé par Nathalie est qu'elle est directement en contact avec son administratrice : elle n'a pas de secrétaire, ni de collaborateur.trice. Ce rapport direct à l'administratrice semble central dans la relation de confiance qui a pu se nouer entre les deux femmes.

Les autres membres du groupe ont relevé, à partir de cette histoire, que ce qui produisait de la confiance, c'étaient à la fois la disponibilité et la capacité d'adaptation de l'administratrice aux besoins et à la réalité de Nathalie. Le fait que ce soit un « travail ensemble, une concertation » qui se déploie entre les deux femmes semble être le trait constitutif d'une relation de confiance. Dès lors, cela produit de réels effets positifs : l'accompagnement est ressenti comme bénéfique et permet à la personne de se sentir rassurée car la situation financière et matérielle est prise en charge.

Une autre personne a fait le parallèle avec l'hospitalisation sous contrainte ; elle relevait que toutes les mesures de protection quand elles sont administrées sous contrainte sont entachées par des dynamiques de domination ou qu'elles génèrent le sentiment d'être brutalement privé.e de sa liberté. Cette privation de liberté est tout simplement traumatisante. « C'est comme avec l'hôpital, on comprend mieux ce qui nous arrive quand on va en hospitalisation volontaire. » Quand on décide soi-même de se faire accompagner, de se faire aider, « on peut y aller d'un autre œil et ça change l'expérience. » Quand on peut décider pour soi, quand on peut prendre des décisions d'hospitalisation ou d'administration de commun accord, on peut s'engager dans de la confiance. Sinon, « on a l'impression que notre situation tient toujours à un fil » et cela rend l'expérience de l'administré.e extrêmement compliquée. « C'est vécu comme une injustice et l'administrateur peut abuser de la mesure de restriction de liberté. »

L'administration provisoire des biens souligne à quel point les mesures de protection ne peuvent être pensées indépendamment des contextes et des relations dans lesquelles elles s'appliquent. En effet, elles sont un dispositif de restriction de la liberté (ici financière) qui, si elles ne peuvent être prises dans un rapport de consentement et d'appropriation par la personne administrée, sont des mesures qui se résument à être administrées sur elle, c'est-à-dire des mesures qui placent la personne dans une position de passivité. Comment entendre et tenir ensemble le fait que protéger ne peut pas impliquer de soumettre quelqu'un.e ? Comment s'équiper de moyens relationnels, humains, juridiques qui permettraient de protéger une personne sans lui ôter son pouvoir de décision et son agentivité ?

Allons plus loin encore, si la procédure d'administration provisoire des biens produit du traumatisme, de la honte ou du désespoir, qui est en charge de réparer cette nouvelle difficulté psychique ? Le cercle judiciaire et psychiatrique se recoupe-t-il ici encore une fois ? Les personnes qui sont prises dans la psychiatrie sont soumises à des mesures restrictives de leur liberté ; ces mesures peuvent provoquer du trauma ou du désespoir ; qui les répare ? Sommes-nous constraint.e.s à renforcer les services d'aide ou bien pourrions-nous inventer des usages, des lieux et des types de rapport sociaux qui permettraient de réduire voir d'endiguer la cyclicité du repli des différentes instances d'accompagnement ou de coercition les unes sur les autres ? Comment proposer une sortie des circuits de vie qui implique avocat.e, juge, psychiatre, accompagnant.es psychosociaux.les ?

2. « C'est quoi réparer ? » - Problématique du paradigme du soin

§1. Guérir, soigner, rétablir – quel est l'horizon de la psychiatrie ?

Nous nous étions données pour projet d'interroger ce que pouvait signifier la réparation pour des personnes félées. Nous avons d'abord envisagé la question : « Réparer, quoi ? » De la souffrance ? Quelle souffrance ? Celle qui amène vers les institutions psychiatriques ? Celle qu'on vit dans les institutions psychiatriques ?

Maintenant, nous voulons nous demander ce que ce serait de réparer ? Et surtout, est-ce que la psychiatrie prétend le faire ? Et, si oui, comment ? A partir de nos expériences multiples, pouvons-nous envisager d'autres façons de réparer ?

Nous repensions à notre métaphore du kitsungi et nous demandions quel était ce fil susceptible de retracer quelque chose de ces morceaux de vie, des félures, des équilibres parfois précaires et de pouvoir retisser autrement les parts de soi qui ont été malmenées, incomprises, souffrantes ou morcelées. Quel fil peut laisser apparente les fragilités, les exposer ?

La première évocation que nous avons faite était la série de mots qui circulait en psychiatrie : on guérit, on soigne, on stabilise, on gère, et le ou la patient.e « se rétablit ». Ces termes expriment des horizons différents qui ont bougé dans le temps⁴³. Notre manière de prendre position vis-à-vis de ces mots consistait à nous demander : est-ce que ces termes expriment réellement ce que construisent ou veulent construire les personnes concernées par le trouble ? Un membre de notre groupe a amené un livre écrit et édité par l'Autre « lieu ». Ce livre s'appelle OPEN)res((SOURCE⁴⁴. Nous l'avons parcouru, utilisé et il nous a semblé qu'il soutenait quelque chose de spécifique ; il soutenait la possibilité d'améliorer la qualité de sa vie, dans des périodes troubles ou troublées,

⁴³ Sur ces transformations, mouvements qui ont façonné une certaine Histoire de la Psychiatrie, nous renvoyons : « Se faire son histoire dans l'histoire longue de la psychiatrie », Centre Franco Basaglia, 2025.

⁴⁴ OPEN)res((SOURCE. Un livre dont nous sommes les échos, l'Autre « lieu » - R.A.P.A, Bruxelles, campagne 2024. Toutes les informations sont disponibles ici : <https://www.autrelieu.be/campagne/campagne-2024/>

même quand elles sont difficiles, isolées ou confuses. « Bricoler », « construire quelque chose », « fabriquer » à partir de l'expérience que l'on fait de soi-même et des autres nous semblait des termes plus réels que « guérir » ou « soigner ». De la même façon, nous avons choisi de distinguer l'expression « soigner » qui nous semble être du côté de la prétention médicale de l'expression « faire soin »⁴⁵ qui nous semble être du côté des attachements et des solidarités réelles qui peuvent se tisser pour des personnes singulières et des collectivités.

1) Les traitements

Le premier volet dont nous nous sommes emparé.es était celui des soins proposés par la psychiatrie. Nous en listions quatre principalement : d'un côté, l'hospitalisation, les médicaments, le diagnostic et de l'autre, la psychothérapie, la thérapeutique.

Nous avons déjà écrit sur l'hôpital ; nous ne reviendrons pas en profondeur sur les enjeux sociaux et politiques propres à la violence qui s'y déroule. Ce qui nous intéresse ici, c'est la façon dont on peut interroger le type de thérapeutique qui sous-tend le projet de l'hôpital.

L'hôpital occupe une place particulière : il a pour mission de gérer la crise avant de renvoyer la personne dans son environnement. Il suspend donc la quotidienneté ou le contexte de vie de la personne, cherche à éteindre le comportement symptomatique qui trouble l'ordre social (*la crise*), et à remettre la personne dans son environnement social une fois qu'elle est *stabilisée* sur le plan psychique – c'est-à-dire une fois que les symptômes n'empêchent plus la personne de fonctionner minimalement dans le monde social. Cette stabilisation est recherchée par le biais des médicaments principalement. Du côté du groupe, on interroge cette place faite aux médicaments. « Les médicaments ne peuvent pas faire soin seuls. » « Soigner la maladie mentale, ce n'est pas soigner les crises. » « A l'hôpital, c'est un univers normatif : on soigne la crise, on cherche à ce que tu sois normal. » « Il faut comprendre les médicaments comme contrôle de la maladie et pas de la souffrance. C'est un contrôle social. »

Ces médicaments n'ont pas pour seul effet, pour autant que cela soit vrai, de gérer, de soigner ou de faire taire la crise. Ils entraînent également énormément d'effets secondaires qui accablent des parts de vitalité de la personne qui les prend et peut la mettre en difficulté sur le plan psychique, somatique, physique et social. Nous l'avions déjà écrit avant, les médicaments peuvent agir comme une véritable camisole chimique⁴⁶, une camisole qui en vient à rapetisser ce que l'on peut éprouver, ce que l'on peut vivre, rendre plus ténues nos puissances d'agir.

⁴⁵ Nous rejoignons ici la distinction, sans doute plus perceptible dans le langage anglophone, entre les termes « to cure » et « to care ». Le terme *cure* nous semble renvoyer à un imaginaire individualisant où il s'agit de traiter la personne en la considérant comme malade. Le terme *care* désigne, selon nous, des dynamiques davantage collectives, communautaires ou institutionnelles où il s'agit de prendre soin à plusieurs non seulement d'une personne, mais plus particulièrement de ses conditions d'existence, de son environnement et de l'ensemble des rapports sociaux qui y sont enchevêtrés. Cette distinction rejette les considérations que nous évoquions au début de ce texte, concernant les différents types de souffrance. Le paradigme du *care* ou du *prendre soin* produit un travail pour tenir ensemble des manières de se préoccuper, de porter attention à l'articulation entre souffrances psychiques, souffrances sociales et souffrances institutionnelles.

⁴⁶ Nous renvoyons sur ce sujet à l'ouvrage de l'autrice Treize. Treize, *Charge. J'ouvre le huis-clos psychiatrique*, Editions La découverte, Paris, 2023.

A écouter aussi : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/l-invite-e-et-maintenant/l-invite-e-culture-de-et-maintenant-du-samedi-11-fevrier-2023-1255394> et

« J'ai l'impression que les médocs me rendent trop gentil. Avant je me défendais. Maintenant, je fais comme je peux, j'ai tendance à fuir. » « Ca rend docile la chimiothérapie. » « Ca calme la vie, rend apathique et nous rapetisse. » « Je ne suis plus que du vent. » « J'ai l'impression que je ne sais plus rire ni pleurer. C'est comme si j'étais un peu éteinte. »

Est-ce qu'on peut dès lors ajuster son rapport au médicament ? Le questionner ? Le fabriquer à partir d'une expertise conjointe, celle du médecin et celle de la personne qui prend les médicaments ? Serait-il possible d'envisager la relation au médicament non à partir d'une indication psycho-pharmacologique mais à partir de l'effet qu'ont les molécules sur le corps d'une personne ? L'expertise semble se placer unilatéralement du côté du médecin ; la parole et l'expérience de la personne qui vit avec les médicaments dans son corps est souvent délégitimée. Ce que nous voyons, c'est qu'à l'endroit de la prescription/prétention thérapeutique, le rapport de pouvoir s'exerce encore. Une personne du groupe a fait remarquer que « en psychiatrie, le problème, c'est qu'ils n'ont jamais pris de médicaments. » Et nous trouvions tous.tes que cette phrase était une accroche pour remettre au centre de la question des médicaments la personne qui les prend et qui en fait l'expérience dans son corps.⁴⁷ Cela a permis à une personne d'exprimer que, selon elle, « un bon psychiatre, c'est quelqu'un qui peut aussi accompagner le fait qu'on ne veuille pas prendre de traitement. » Nous avons tous.tes souligné à quel point les médicaments psychotropes (par exemple les médicaments neuroleptiques, antidépresseurs ou anxiolytiques) pouvaient avoir une grande importance dans les vies de chacun.e ; ce que nous mettions fondamentalement en cause n'était pas le recours aux médicaments en lui-même, c'est le type de rapport qui s'est noué, dans le domaine de la psychiatrie, autour de la prescription et de la prise du traitement.

La question du médicament n'est pas seulement une question médicale, c'est aussi une question politique qui implique de porter attention aux possibilités de vie qui sont ouvertes ou entravées par la prise de la molécule chimique. L'enjeu des médicaments, c'est aussi un enjeu sensible précisément parce qu'il requiert que la personne qui prescrit se mette au contact du type de sensibilités et d'expériences qui sont vécues par la personne qui avale et vit avec les médicaments.

2) Les diagnostics

Une des manières qu'a la psychiatrie d'appréhender certaines façons de vivre, de parcourir l'existence est le diagnostic. Ce diagnostic est issu d'un certain paradigme scientifique, en constante évolution, le DSM⁴⁸, qui est censé traduire dans des catégories scientifiques des phénomènes qui sont considérés comme problématiques dans le monde social. La pose du diagnostic est un des gestes de la psychiatrie ; il nous semble renvoyer à l'idée que si la maladie est diagnostiquée, elle

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/questions-du-soir-le-debat/psychiatrie-faut-il-refonder-la-relation-entre-soignes-et-soignants-5725330>

⁴⁷ Nous renvoyons ici au travail du Groupe Médocs réalisé à l'Autre « lieu » : Groupe Médocs, *Savoirs d'usage au sujet de la médication psychiatrique*, l'Autre « lieu » - R.A.P.A, Bruxelles, 2025. Toutes les informations sont disponibles ici : <https://www.autrelieu.be/publications-productions/groupe-medocs-savoirs-dusages-au-sujet-de-la-medication-psychiatrique/>

⁴⁸ Le DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, est le livre de référence pour établir des diagnostics psychiatriques. Il est aujourd'hui édité dans sa cinquième version et fait office de référence mondiale pour qualifier les troubles psychiatriques. Il classe les troubles psychiatriques, à partir de statistiques, et comporte un appareil d'environ 400 pathologies.

DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé, Editions Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2023.

peut être prise en charge. Ce geste est toute fois, et peut-être à la surprise du lecteur ou de la lectrice, posé ultérieurement à l'administration de médicaments. Ainsi, les traitements sont souvent d'abord administrés et la pose d'un diagnostic se fait dans un second temps.

Les catégories diagnostiques ont évolué considérablement au cours du temps. Elles ont été le véhicule d'une idéologie raciste, patriarcale et homophobe⁴⁹. La mobilité ou l'évolution des catégories diagnostiques doit nous amener à ramener aux devants de nos considérations que ces catégories, comme toutes les catégories médicales, sont des catégories construites dans un univers social particulier et qu'elles sont, non pas des vérités scientifiques abstraitemen t désengagées du social, mais des manières de se rapporter à des réalités spécifiques dans un moment et un lieu social particulier.

Dans le groupe, cette idée nous a fait voyager : la souffrance psychique est-elle une maladie ? Si oui, est-ce une maladie « comme les autres » ? Certain.es soutenaient qu'elles étaient malades : « Je suis un malade mental, c'est comme un diabète. » Mais ielles soulevaient qu'une différence s'installait avec d'autres maladies, à l'endroit stratégique justement de la prise en charge et du traitement : « on s'occupe mieux des gens qui ont un cancer que de ceux en psychiatrie. » Cette sensation que la maladie psychique/mentale était moins bien traitée, prise en compte, ou comprise que les maladies somatiques donnaient un sentiment d'injustice et de relégation aux personnes qui se vivaient comme malades. Nous nous interrogions également sur ce qui fondait le diagnostic. A partir de quoi l'état de trouble est-il décrété ? A partir de certains comportements ? A partir d'un certain décalage avec la norme sociale ? Alors, « quelle est la différence entre le jugement de valeur et le diagnostic ? »

D'autres personnes dans le groupe se rapportaient à leur diagnostic, pas tant depuis le fait qu'elles se considéraient effectivement comme malades, mais plutôt depuis le fait qu'elles avaient dû résister à quelque chose de dégradant dans le fait d'être l'objet d'un diagnostic. En effet, beaucoup se sont reconnu.es dans cette expression pensée par l'un d'entre nous : « La psychiatrie nous digère, on a gobé l'étiquette. » Gobé l'étiquette ou les étiquettes car la pose du diagnostic avait parfois été une expérience enfermante : tout d'un coup, on se résume en tant que personne, ou bien on résume son expérience à un seul mot. Bipolaire, schizophrène, borderline, qu'est-ce que cela peut dire d'une expérience complexe ? Est-ce que cela peut venir témoigner de la manière dont on traverse le monde et dont on vit son existence ? Le diagnostic peut, aux yeux de certains, venir mettre un mot sur quelque chose qui jusque là était vécu confusément, il peut aussi entériner un statut particulier (celui de malade ou de porteur.euse de troubles), il peut permettre une meilleure compréhension de certaines expériences en les éclairant du point de vue médical/psychiatrique. Pour autant, si le diagnostic peut s'avérer utile à certain.es à un moment donné de l'existence, il est aussi relevé et

⁴⁹ Pendant longtemps les catégories psychiatriques ont comporté des diagnostiques disqualifiants ou pathologisants à l'endroit de certaines catégories de personnes. Citons quelques exemples : l'hystérie par exemple qui a servi à pathologiser la vie de certaines femmes et à leur imposer des traitements violents comme la lobotomie (voir : Adèle Yon, *Mon vrai nom est Elizabeth*, Editions du Sous-sol, Paris, 2025) ; l'homosexualité a été retirée du DSM en 1973 ; le descriptif psychiatrique de « mentalité indigène » défendu par Antoine Porot, titulaire de la Chaire psychiatrique d'Alger dans les années 1930, a servi de justifications aux violences coloniales perpétrées contre les Algériens.ennes durant la colonisation française (voir : https://www.psychiatries.be/justice-sociale/equipement-collectif-terrain-foot-hopital-psychiatrique/#_ftn5).

analysé comme un « piège » dans lequel on a vite fait d'être « assiégié » et ce piège implique, pour ne pas qu'il se referme purement et simplement sur l'individu, de produire un travail « pour s'émanciper des étiquettes. » ; « sinon on devient l'étiquette. »

S'émanciper des étiquettes, c'est résister au fait d'être résumé.e à son diagnostic, au fait de se sentir réduit à un mot, un terme qui renvoie à une maladie ou un trouble. C'est aussi trouver les moyens de questionner collectivement ces catégories. Parfois, l'ingestion est tellement forte que des personnes vont se rassembler autour des étiquettes qui leur ont été apposées par la psychiatrie. Par exemple, des groupes vont « se définir à partir d'une communauté psychique » et se réunir, par exemple, exclusivement entre personnes bipolaires. Cela peut donner lieu à des groupes qui mettraient l'accent davantage sur le diagnostic dont elles sont porteuses que sur l'expérience qu'elles vivent et qui peut les rassembler. Des groupes se sont constitués à partir d'une forme d'expérience commune que des personnes avaient expérimentée ; par exemple, celle d'être des « rescapés de la psychiatrie »⁵⁰ ou bien des « entendeurs de voix »⁵¹. Ce partage d'une expérience commune, bien que vécue singulièrement, permet d'imaginer comment consolider des liens, former des groupes, des collectifs qui prennent en charge quelque chose au sujet de la psychiatrie mais qui échapperaient à une logique ségrégative et identificatoire aux diagnostics psychiatriques.

Nous pouvions questionner ce mécanisme de groupe à partir de notre propre groupe : nous nous étions réuni.es à partir du désir de questionner les rapports entre la psychiatrie et le soin. D'autres choisissent de se réunir entre personnes schizophrènes ou entre personnes bipolaires, etc. Qu'est-ce que cela fait comme différence ? La différence que nous notons, à partir de notre point de vue spécifique de groupe, est qu'il s'agissait pour nous de ne pas utiliser les catégories psychiatriques pour se situer (patient.es, schizophrènes, bipolaire, etc.) mais de se mobiliser autour d'un désir commun de recherche critique, d'un désir « d'éducation populaire au sujet de la psychiatrie ». Notre but est, et nous le mesurons encore à la lumière des enjeux du *diagnostic*, non pas de « nommer les choses mais de les rendre visibles. »

Une des choses que nous tenions à rendre visible était l'utilisation politique des diagnostics. Cette utilisation politique des diagnostics est une des violences structurelles très prégnante au sein de la psychiatrie.⁵² L'un d'entre nous se référait à l'utilisation qui avait été faite du diagnostic de schizophrénie contre des personnes du mouvement des Blackpanthers afin d'empêcher ces hommes de participer activement à la lutte contre le racisme et la négrophobie d'Etat.⁵³ Ils avaient été incarcérés dans des hôpitaux psychiatriques sur base d'un diagnostic de schizophrénie, ce qui les empêchait concrètement de participer aux mouvements de révolte, de protestation ou de mobilisation pour combattre le racisme d'Etat qui était organisé aux Etats-Unis contre les personnes noires. Une autre expérience marquante que nous avions relevée était celle racontée par l'autrice Treize dans son livre *Charge*⁵⁴. Elle y explique, en effet, comment sa psychiatre a cherché à

⁵⁰ Terme inventé et utilisé par Judi Chamberlin, il renvoie à un mouvement alternatif aux institutions dominantes de la psychiatrie. Son travail est accessible ici : <https://commedesfous.com/par-nos-propres-moyens-judi-chamberlin/>

⁵¹ <https://www.rev-belgium.org/>

⁵² Nous renvoyons aux pages 7, 8, 9 de ce texte sur la notion de « violences structurelles ».

⁵³ Voir à ce sujet : Jonathan L. Metzl, *Etouffer la révolte. La psychiatrie contre les Civil Rights, une histoire du contrôle social*, Editions Autrement, Paris, 2020.

⁵⁴ Treize, *Charge. J'ouvre le huis-clos psychiatrique*, Editions la Découverte, Paris, 2023.

pathologiser ses comportements sexuels, notamment en les catégorisant comme « débordants » et en désignant les activités sexuelles de l'autrice comme des symptômes. Ces symptômes étaient donc des comportements problématiques qu'il s'agissait d'arrêter et participaient, d'après la psychiatre, de son trouble bipolaire. Cette pathologisation de la sexualité, des choix ou des désirs sexuels, est fréquente en psychiatrie. Elle est d'autant plus problématique qu'elle fabrique une forme de méfiance, de discrédit ou de honte à l'endroit de la personne en position de patient.e. Dans le cas de Treize, cette pathologisation de sa sexualité a été tellement loin que la psychiatre en question n'a pas cru, a tu, a invisibilisé un viol dont l'autrice a été victime. Le diagnostic est, dans ce cas-ci, une vraie fabrique de honte qui a impliqué une mise sous silence de l'autrice, un déni d'une situation de violence qui lui a été imposée, de la souffrance, de l'injustice et un isolement.

A l'échelle des expériences des personnes présentes dans le groupe, nous pouvions relever que le diagnostic avait été utilisé pour délégitimer la parole d'une personne, ses sentiments, notamment sa colère (« si on répond mal au médecin, si on se révolte, on est border-line. ») ou bien l'empêcher d'exercer ses droits en tant que patient.e (« si on veut une contre-expertise, on est vite taxé de parano. »). Le diagnostic, loin d'être alors un levier thérapeutique, était un facteur de répression et de coercition. Il est parfois difficile de faire sentir à quel point il y a une violence sociale qui est générée par le diagnostic : comment pouvons-nous supporter qu'un.e patient.e qui demande à pouvoir consulter son dossier médical n'y ait pas accès sous prétexte « d'avoir un délire de persécution » ? Car, quand bien la personne serait, effectivement, prise par un sentiment de persécution ou bien prise dans de la paranoïa, est-ce que cela la rend moins éligible à exercer ses droits de patient.e et ses droits de citoyen.ne ?

La médecine et son appareil théorique ne sont pas des champs neutres, supposément détachés d'enjeux sociaux, politiques et de rapports de pouvoir. Nous avons tenté de le montrer, ou plus précisément de le faire sentir et de le faire comprendre, tout au long de ce texte. Au niveau du diagnostic, nous notons à quel point il peut être utilisé comme un régulateur des comportements (contrôle social) mais également comme un moyen de répression (entrave concrète à l'exercice de ses droits individuels).

3) « Faire tenir le charme »

Alors, que faire dans ce paysage psychiatrique ? Que faire aussi de soi-même, de ce qu'on traverse à l'intérieur de soi et à l'extérieur, avec les autres ? Que faire de l'étiquette qu'on porte, des normes dans lesquelles nous sommes pris.es ? Il faut « faire tenir le charme ». Faire tenir le charme, c'est comme une disposition ou un dispositif, c'est arriver à faire tenir quelque chose au milieu des autres. Faire tenir quelque chose pour soi mais aussi face à l'autre, c'est trouver les moyens de pouvoir continuer à vivre, à éprouver, à dire ce dans quoi on est sans en payer des conséquences que l'on ne souhaite pas.

L'un d'entre nous racontait qu'il avait été particulièrement mal il y a quelques années. Il souhaitait adresser sa souffrance, mais il savait qu'il ne pouvait pas l'adresser telle quelle à son psychiatre. Cela demandait un travail, une mise en forme, une stratégie. Il fallait qu'il trouve les moyens de dire quelque chose de ce qu'il traversait sans s'exposer au fait d'être hospitalisé. Faire tenir le charme, c'était donc une façon d'habiter une relation dans laquelle il y avait un rapport de pouvoir (ici, au psychiatre) pour ne pas se sentir dépossédé de son expérience. C'est un peu comme « jeter un sort ». C'est faire en sorte que les choses tiennent, qu'elles ne sombrent pas et qu'un état, un moment de vie plus vacillant puisse être traversé sans être tout de suite repris, recodé dans un appareil de

violence et de normalisation. Faire tenir le charme n'est pas une manipulation, c'est une manière d'habiter une situation pour qu'elle tienne, qu'elle ne s'effondre pas. Ca ne concerne d'ailleurs pas seulement la psychiatrie ; dans les relations aussi, il faut que le charme tienne. Il s'agit d'une manière de faire, d'un « dispositif qu'on met en place pour faire tenir quelque chose qui ne peut pas tenir autrement. » « Tenir le charme, c'est de la survie. » Pourquoi tenir le charme ? Car, en nouant un certain rapport au psychiatre, aux autres, aux proches, aux voisin.es, aux travailleurs.euses d'une institution, on peut déployer de l'espace pour vivre ce qu'on a à vivre. « C'est comme jeter un sort », c'est-à-dire utiliser une certaine manière d'être pour agir sur sa situation et pouvoir y traverser ce qui est de l'ordre du « fébrile » ou du « vulnérable ».

Faire tenir le charme, ce n'est pas seulement tenir la face devant le psychiatre. C'est trouver les moyens d'expression pour que des expériences troublées (cela pourrait être l'expérience de vivre avec des voix ou bien d'être pris dans un sentiment de fragilité existentielle – comme ne plus savoir comment être dans l'existence, comment vivre) puisse avoir lieu sans qu'elles ne soient directement rapatriées dans le champ de la psychiatrie. Faire tenir le charme, ça peut être trouver les moyens d'adresser sa souffrance au psychiatre pour entamer avec lui ou elle un dialogue autour de cela sans pour autant perdre un de ses droits fondamentaux, comme sa liberté de mouvement par exemple, en étant hospitalisé.e sous contrainte. Dans cette situation, faire tenir le charme permet aussi que la difficulté existentielle puisse être vécue et potentiellement adressée ailleurs : dans un collectif de recherche comme le nôtre, dans une relation avec un.e voisin.e, un.e pharmacien.ne. C'est aussi la possibilité que certains endroits ou certaines relations puissent aider, soutenir le charme : un lieu d'hospitalité, un café ou des commerces où l'on a ses habitudes, etc. *Faire tenir le charme*, c'est donc aussi trouver les moyens de vivre et de partager quelque chose d'une expérience particulière d'être-au-monde sans la perdre ou sans perdre quelque chose auquel on tient existentiellement.

Il y a quelque chose à gagner à ce que le charme tienne, et pas seulement pour la personne qui fait tenir le charme. Il y a quelque chose à gagner collectivement car tous ces charmes, qu'on appelle parfois troubles⁵⁵, sont l'expression de rapports au monde précieux. « Les gens normaux, ça manque de charme, de singularité. » « Quelque chose se passe dans la maladie, comme une poésie. » Nous pensons, tous.tes, que cela ne va pas de soi de « se rendre sensible à la poésie qu'il y a dans la maladie » et que c'est collectivement, en tant que société, que nous devons trouver, inventer des manières de nous mettre en relation avec cette poésie. Comment construire des conditions sociales et politiques pour que l'expression de cette poésie soit légitime ? Et, comment construire des façons de ne pas balayer d'un revers de la main ces sensibilités, ces modes de vie et d'existence rendus plus vulnérables par notre monde social ? Comment créer des places, des endroits, des relations où le trouble peut troubler, justement ? Troubler le déroulement normé du rapport social et nous faire vivre, à plusieurs, un autre rapport au monde.

La question de la légitimité de ces rapports existentiels est cruciale et nous pensons qu'ils sont des indicateurs très précieux, très précis de l'état de nos rapports sociaux.⁵⁶ Un membre du groupe a déclaré, à ce sujet : « Nous sommes comme les canaris dans une mine de charbon. »

⁵⁵ Qu'on a parfois appelé « voyage » durant les années 70, dans les courants de psychiatrie alternative. Voir, par exemple : Mary Barnes & Joseph Berk, *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*, Editions du Seuil, Paris, 1976.

⁵⁶ Lucien Bonnafé disait que « on juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous. » voir : Lucien Bonnafé, *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 1991.

Personnellement, j'ai d'abord été surprise par cette analogie car je ne connaissais pas l'usage des canaris dans les mines. J'ai appris que, dans les charbonnages, les canaris étaient utilisés comme un système d'alerte précoce d'éventuelles fuites de gaz. Etant donné la sensibilité des canaris aux émanations de certains gaz toxiques, leur mort ou leur mise à mal physique étaient des signaux qui permettaient aux mineurs de se mettre à l'abri et de fuir le danger imminent. Pourquoi cette analogie ? Précisément parce que la manière dont l'existence des personnes vivant avec un ou des troubles est attaquée est un signal d'alerte pour la façon dont les possibilités d'existence sont mises à mal dans une société. Si le trouble ou la poésie de certaines existences sont rendues impossibles à vivre, ce sont les possibilités pour chacun.e d'exprimer dans le monde social la singularité de ses choix existentiels qui est bafouée. Lorsqu'on menace quelqu'un.e avec de la contrainte, on entrave ces possibilités existentielles. Lorsqu'on supprime des moyens de subsistance comme les allocations sociales, on entrave ces possibilités d'existence. Lorsqu'on médique quelqu'un.e sans son consentement, on entrave ces possibilités d'existence. Lorsqu'on supprime des lieux ou des espaces d'hospitalité⁵⁷, on entrave ces possibilités d'existence. Lorsqu'on menace des formes de solidarité auto-organisée, par exemple en pénalisant les personnes qui choisissent de vivre ensemble en diminuant leurs revenus (statut de co-habitant), on entrave ces possibilités d'existence. Lorsqu'on diminue les subsides accordés aux associations qui oeuvrent à construire d'autres rapports sociaux (dans le champ de la santé ou dans le champ de la culture), on entrave ces possibilités d'existence.

Les personnes qui vivent avec le trouble, lorsqu'elles sont attaquées par des politiques publiques qui amenuisent leurs possibilités d'existence, nous donnent un signal d'alerte car c'est bien la diversité de nos manières d'être et d'exister qui sont visées.⁵⁸ Comment ne pas perdre le fil de ce signal, comment ne pas le laisser uniquement du côté des personnes visées par ces politiques ? Cette recherche a l'ambition de contribuer à un partage possible de différentes réalités, de différents vécus au sein d'institutions qui façonnent notre monde social et d'interroger la non-évidence de la mise en rapport de tout.e un.e chacun.e avec les questions et les réalités qui concernent les personnes psychiatriées. Nous pensons qu'une *psychiatrie démocratique*, et la place centrale qu'y occupe l'éducation populaire, favorise la possibilité que des questions qui traversent ceux et celles qui sont pris dans la psychiatrie puissent appartenir à un ensemble plus large, à un ou des collectifs, à une dynamique citoyenne.

§2. Qu'est-ce qui peut se passer en dehors, à côté ou dans la psychiatrie ? – Le soin à travers les liens, l'horizon d'une psychiatrie démocratique.

⁵⁷ Un exemple de lieu d'hospitalité sur le territoire liégeois est Demain Jamais, initiative initiée et portée par Revers au sein de notre réseau associatif. C'est un lieu d'accueil inconditionnel ouvert tous les jours sauf le dimanche, de 8h30 à 10h30. On y sert du café, avec possibilité de boissons gratuites pour ceux et celles qui en ont besoin. On peut aussi s'installer sans consommer. L'espace abrite également des activités organisées par des associations ou des habitant.es du quartier. Voir :

<https://www.revers.be/page/demain-jamais-26>

⁵⁸ Nous pourrions également soulever la cruauté politique qui consiste à fragiliser une catégorie des personnes déjà minorisées sur le plan social.

Nous nous sommes, finalement, demandé.es si c'était vraiment la psychiatrie qui apportait ce soin. Et s'il ne valait pas mieux tenter un pas de côté par rapport au secteur psychiatrique ou, à tout le moins, ouvrir un peu l'horizon.

En effet, la psychiatrie, nous l'avons vu, peut, à bien des égards, être à l'origine de beaucoup de souffrance. Et pourtant, alentour et au détour des services de psychiatrie, des choses se fabriquent et permettent à ceux et celles qui vivent avec le trouble de tenir le coup⁵⁹.

« C'est la relation qui soigne. » Tous.tes étaient d'accord pour dire que les relations étaient le centre de ce qui faisait soin. Les relations, elles peuvent être diverses : avec la famille pour certain.es, avec des ami.es, des voisin.es, des professionnel.les du champ médico-social, des personnes croisées par hasard dans une salle d'attente ou dans le bus.

Parfois, une relation, qu'elle soit fugace ou durable, permet de se sentir moins enseveli.e par sa souffrance, moins isolé.e. Le fait de pouvoir sortir de la solitude est un premier levier pour soutenir toute une série de repères, de gestes qui réparent, qui apaisent, qui prennent soin de certaines blessures ou de certaines réalités difficiles. Ou simplement qui permettent de traverser l'état dans lequel une personne peut être prise à un moment donné de sa vie. Cet entourage, il ne va pas de soi. Le fait de vivre avec des troubles ou d'avoir fait des passages en psychiatrie avait, pour beaucoup, fragilisé l'entourage, réduit le nombre de personnes qui se trouvaient à proximité et pouvaient simplement être présentes, écouter, soutenir. Certain.es se sont sentis abandonné.es, « c'est comme si tout le monde vous tournait le dos. » D'autres considéraient que « parfois les gens sautent sur l'occasion, mais, en fait, ils n'avaient plus envie depuis longtemps de rester amis avec vous. » Les personnes qui se considéraient comme « bien entourées » disaient toutes qu'elles « avaient de la chance. » La question que nous nous posions était de savoir comment favoriser, légitimer et construire des relations si l'on considère que ce sont bien les relations qui peuvent prendre soin.

Pourquoi le trouble/la maladie/ la souffrance vient-elle mettre à mal les relations ? Qu'est-ce qui produit cet isolement ? Est-ce les symptômes qui expriment cette souffrance ? Est-ce un décalage social, « le fait d'être vu comme anormal » ? Comment se fait-il qu'il n'y ait pas d'évidence à rester auprès de la personne qui traverse une difficulté existentielle ? Comment se fait-il que cette expérience puisse venir rompre les liens ? Certain.es avaient l'impression que les gens « n'avaient pas envie de s'ennuyer avec ça », que « c'était des situations trop compliquées. » D'autres disaient que « les proches étaient, au bout d'un temps, épuisé.es » ou que « les professionnels avaient des réponses plus adéquates. »

Nous pensons, et c'est là peut-être que se dessine le projet d'une *psychiatrie démocratique*, qu'il n'y a pas, même lorsque les souffrances psychiatriques sont très intenses, une seule relation possible ou un seul cadre de relation possible. Penser que les relations avec les professionnel.les de la santé sont les seules ou sont au centre de ce qui peut faire soin, c'est renoncer à travailler l'ensemble des rapports sociaux qui pourrait soutenir à la fois la personne dans son existence mais également sa légitimité à exister socialement depuis, avec, en-dehors et au-delà de sa souffrance.

⁵⁹ Pour une approche conceptuelle et sensible de ces questions, je renvoie au travail d'Olivier Croufer sur les liens d'amitié : *L'amitié. Je travaille à une psychiatrie populaire*, Centre Franco Basaglia, 2024.

Faire soin, c'est aussi et, avant tout, une mise en rapport social. Et ce rapport social, il incombe à chacun.e de le faire vivre depuis sa place dans une situation – médecin, psychologue, assistante sociale, voisin.e, copain.ine, proches, aide familiale, etc.

Qu'est-ce qui, du soin ou du faire soin, peut être mis au cœur des relations sociales ? Quelle est la pierre de touche qui permet à chacun.e de se sentir concerné.e par la question de faire soin dans les rapports sociaux et pas seulement dans des services spécialisés (de santé mentale, de psychiatrie) ? « Permettre du soin, c'est voir la fragilité de l'autre. » Nous pourrions dire, pour reprendre notre métaphore, que les félures, les brisures, les parties plus vulnérables ou déjà fragilisées d'une personne sont à la fois son charme – au sens que nous avons évoqué juste avant – mais aussi les indices à partir desquels nous avons quelque chose à construire, quelque chose comme une relation. Une relation, cela peut être divers : ça peut être une manière de dire bonjour, ça peut être un lien de confiance pour évoquer les choses douloureuses, ça peut être un partage d'expériences, du rire, ça peut être une simple présence, ou un regard qui soutient, ça peut être faire d'un ami la personne légitime pour être auprès de la personne qui vit avec le trouble. « Des bons copains, c'est aussi une thérapeutique. » Permettre le soin, c'est créer, au sein de l'ensemble de nos rapports sociaux, c'est-à-dire dans nos relations interpersonnelles, dans nos institutions et en-dehors de celles-ci, des façons de se mettre au contact avec ce qui est fragile, vascillant, hésitant et charmant. Ce contact, nous le savons, peut parfois gêner, déranger, faire peur, « repousser ». Nous pensons qu'il est essentiel de partager, de raconter et de conceptualiser, bref de rendre visible, ce qui se passe autour des troubles psychiatriques pour trouver des façons de faire avec ce qui se présente, de troublant, de charmant ou de dérangeant, à l'occasion du trouble psychique ou psychiatrique.

Le risque, en reléguant aux professionnel.les de la psychiatrie ou de la santé mentale la compétence pour être auprès des personnes en souffrance psychique, c'est de ségréguer de façon toujours plus prononcée les endroits où une souffrance peut être adressée mais, c'est également de priver les rapports sociaux d'une diversité de façons d'exister et de relationner. Cela dit, beaucoup de membres soulignent qu'elles attendent des espaces particuliers, et qu'elles sont même très inquiet.ètes lorsque des politiques publiques menacent l'existence de ces espaces. Il n'y a pas là une contradiction mais peut-être une tension inhérente aux espaces dédiés, spécialisés et dits thérapeutiques. Ces espaces peuvent être décisifs, quand ça va mal, quand c'est dur ou pour faire tenir dans un temps long des manières de faire avec la souffrance existentielle. Ces endroits spécifiques (comme un service de santé mentale) comment et que doivent-ils abriter pour ne pas écraser les possibilités non-spécialisées de soin dans les communautés, dans le tissu social ? Quel rôle leur donne-t-on pour qu'ils laissent la place à d'autres pour faire soin ?

Nous pensons qu'il y a deux gestes à poser spécifiquement à l'endroit des institutions dédiées aux personnes en souffrance psychique. D'abord, il est primordial que ces institutions construisent leur manière d'être auprès des membres/bénéficiaires/usager.ères de leurs services à partir de la situation de la personne et à partir de ce qu'elle souligne comme point d'accroche, de stabilité, de soin. Il y a un premier geste qui consiste à considérer comme légitime ce qui fait soin pour la personne : des relations, des habitudes, des lieux, des modalités de vie. Cette légitimité à faire soin, si elle est accordée à des personnes ou des repères qui sont extérieurs au champ de la santé, met en réalité la psychiatrie ou le projet d'une nouvelle psychiatrie au cœur du champ social. Poser un geste de déspecialisation de la psychiatrie, engendre, d'un même coup, le fait d'étendre la légitimité des

acteurs.trices du soin et le fait de replacer la question du soin au centre des nos rapports sociaux, c'est-à-dire d'en faire un enjeu démocratique.

Le second geste consiste à fabriquer une certaine culture du soin⁶⁰, vouée à circuler, à se mettre en débat et à s'éprouver dans les services de psychiatrie. Cette culture du soin serait articulée autour d'une exigence : celle de « faire tenir notre dignité dans des situations inextricables. » Faire tenir la dignité de quelqu'un.e quand quelque chose en lui, en elle ou dans sa situation vascille, c'est une tâche épineuse. Et si l'on prend la proposition au sérieux, on voit tout de suite qu'il n'est pas seulement question d'un travail, d'une profession mais bien d'un engagement dans un processus d'inventivité, de construction et d'accompagnement qui est toujours mobile au sein d'une relation particulière. Cette relation particulière qui peut advenir à l'occasion d'un service de santé mentale, d'une association ou d'une institution psychiatrique, aurait alors pour horizon de toujours travailler conjointement au niveau de l'état psychique singulier de la personne en situation de souffrance pour qu'elle puisse « bricoler son existence avec d'autres pour améliorer sa qualité de vie » et au niveau des structures sociales au sein de laquelle la personne se trouve située. Cet horizon ne doit cesser de se construire dans une dynamique où ce que l'on cherche, au travers de chaque geste, c'est de faire respecter les droits de la personne, ses droits spécifiques en tant que patient.e mais également l'ensemble de ses droits citoyens.

Les membres du groupe soulignent à quel point des espaces où s'invente quelque chose de ce type sont précieux car ils sont des endroits où se construisent à la fois des possibilités de repli, d'abri, mais également des possibilités d'un renouvellement de nos manières d'être ensemble, de nos sensibilités aux fêlures des un.es et des autres, de nos manières diversifiées et légitimes de faire soin et surtout de « fabriquer, à l'échelle de la société, des relations plus hétérogènes. »

Mise au point sur le projet d'une psychiatrie démocratique

Le projet de psychiatrie démocratique est principalement inspiré de l'expérience italienne qui a eu lieu au tournant des années 60 en Italie, communément appelé psichiatria democratica. Ce mouvement a été porté principalement par Franco et Franca Basaglia et théorisé dans l'ouvrage *L'institution en négation*⁶¹. Bien plus qu'une proposition théorique, la position de Basaglia s'est construite dans la pratique : l'histoire de la psychiatrie qu'il façonne est riche et faite de multiples expériences dans différents endroits de l'Italie. Nous reprenons à notre compte, et dans la perspective de cette étude, quelques traits saillants de cette révolution, certes psychiatrique, mais avant tout sociale. Le mouvement de psychiatrie démocratique a reposé sur un geste de dé-spécialisation⁶² des manières d'être et de faire avec la souffrance existentielle. Cette dé-spécialisation a consisté à ramener la question de la « folie » au cœur du social et à remettre fondamentalement en cause l'appropriation de la situation

⁶⁰ Le Centre Franco Basaglia a réalisé deux outils concernant l'enjeu de la culture du soin et de l'accompagnement, sortis eux aussi en 2025, destinés à circuler dans des réseaux de soin, de services d'accompagnement ou directement à mobiliser par une personne en situation de vulnérabilité. Ces outils s'appellent respectivement : « Des histoires complexes » et « La table des timoniers ». Plus d'informations et de précisions sur la distinction entre les deux outils :

⁶¹ Franco Basaglia, *L'institution en négation*, Les éditions Arkhé, Paris, 2012.

⁶² Pierangelo Di Vitorio, « Gestion ou Révolution. L'expérience de Franco Basaglia, entre critique et politique. » dans Franco Basaglia, *L'institution en négation*, Les éditions Arkhé, Paris, 2012.

psychiatrique par les médecins psychiatres. Ce geste a trouvé une suite dans une politisation des rapports qui se faisaient, dans les institutions, autour des personnes dites malades. Cette politisation a amené Franco Basaglia à rompre avec l'institution psychiatrique puisqu'il ne voyait pas comment un hôpital psychiatrique pouvait désamorcer les rapports de pouvoir entre le médecin et le ou la patiente. Le projet n'a pas été que de ruptures mais également de constructions : Basaglia développe un projet de psychiatrie *dans la ville*, c'est-à-dire qu'il promeut l'existence de petits centres, de points de repère susceptibles d'accueillir des problèmes divers liés à la souffrance, en ce compris des problèmes sévères liés à la maladie mentale. Ces espaces avaient vocation à être disséminés sur l'ensemble du territoire afin que les souffrances puissent **toutes** être accompagnées, prises en charge dans le médical et dans le social suivant le degré d'investissement que la situation réclamait. Il y avait des lits à disposition qui permettaient, lorsque cela s'avérait nécessaire, d'être auprès d'une personne 24h sur 24. Enfin, ces lieux permettaient de ne pas éloigner les personnes en souffrance existentielle des autres, c'est-à-dire de la population. Pour Basaglia, non seulement la relation soigne mais, plus fondamentalement, c'est la pluralité des relations, c'est-à-dire la diversité des liens issus d'une inscription singulière dans le social, qui fait soin. Il rejoint, par-là, ce que Bonnafé appelait « le potentiel soignant du peuple ».⁶³

Le projet de Franco et Franca Basaglia est profondément ancré dans le contexte de l'Italie et de la sortie de l'univers asilaire, devenu insupportable. Leur levier consistait à travailler les rapports sociaux à la fois pour changer « le regard sur la folie »⁶⁴ mais également pour remettre la question des souffrances existentielles au centre des préoccupations citoyennes et politiques. La volonté de fermer les hôpitaux psychiatriques ne pouvait se construire qu'en remettant au cœur du social et de la vie citoyenne la question suivante : comment faire soin dans la communauté ?

Lors d'une de nos séances, nous nous sommes interrogé.es sur ce qu'il faudrait pour faire soin, pour prendre soin. La question était formulée de telle sorte qu'elle ne convoquait pas une analyse de l'existant mais qu'elle incitait à imaginer des contextes, des lieux, des modes d'être-ensemble qui correspondraient aux besoins des personnes du groupe. Les premières réponses étaient frappantes : beaucoup d'entre nous ont rapporté qu'elles ne s'étaient jamais autorisé.es à penser à ce qui devrait exister. « Je n'ai jamais même imaginé ce qui pourrait exister et qui ferait qu'on serait soigné et respecté quand on est en crise. »

Cela dit bien avec quelle force la psychiatrie a été déléguée à des spécialistes et comment cette spécialisation coupe tout.e un.e chacun.e de la possibilité de se rapporter activement à la question du soin. Il nous a fallu reprendre le fil, et nous autoriser à imaginer. Assez vite, deux propositions, pour le moins concrètes, ont éclos. D'abord, « il faudrait un lieu comme ici pour la crise. » Un lieu comme ici, comme ce SSM mais pour la crise, n'est-ce pas une version proche de ce que Basaglia avait implanté en Italie ? Ici, on est dans un centre qui accueille à partir d'un territoire (le critère d'inscription au SSM est d'habiter sur le territoire proche du service). L'autre proposition charriaît plutôt une rencontre entre l'imaginaire du soin et celui de l'autonomie⁶⁵. Les membres pensaient

⁶³ Lucien Bonnafé, « Franco Basaglia : la rupture », *VST – Vie sociale et Traitement*, 2003/2, Editions Erès, pp. 27 – 28.

⁶⁴ Pierangelo Di Vitorio, « Gestion ou Révolution. L'expérience de Franco Basaglia, entre critique et politique. » dans Franco Basaglia, *L'institution en négation*, Les éditions Arkhé, Paris, 2012, p.6.

⁶⁵ « Politique à la folie » in *Agencements*, Revue Parades, Editions du Commun, n°5, 2020/1, pp. 173 – 205.

qu'une forme de soin ou de présence désirable pourrait être déployée dans « une autogestion quotidienne dans une grande maison communautaire. » Ce désir de créer « un lieu de soins auto-géré » semblait être une piste intéressante pour travailler l'égalité des rapports entre des personnes, qu'elles soient porteuses de troubles ou non, dans un quotidien partagé. Ce qui travaille l'égalité dès lors, c'est la présence des personnes dans un même contexte de vie au sein duquel elles ont choisi de s'impliquer. Il ne s'agit pas d'humaniser le regard que l'on porte sur « la crise », « le trouble » et surtout sur la personne qui en est « porteuse » mais bien plutôt de conserver, avant toute chose, un principe d'égalité entre des personnes vivant côté à côté.

Conclusion. Comment trouver des lignes de vie dans le maillage de l'exclusion et de la honte ?

Nous sommes, à l'issue de notre année et demi de travail, amené.es à dresser quelques constats et quelques ouvertures au sujet de la situation psychiatrique en Belgique et des manières de faire soin auprès des personnes en souffrance existentielle.

Retraçons d'abord le chemin parcouru.

1. Nous avons d'abord souhaité nous interroger sur la *situation psychiatrique* actuelle. Nous avons navigué autour de plusieurs enjeux. Nous avons déployé pour ce faire :
 - 1) Les raisons qui nous amènent dans un service de psychiatrie et nous avons proposé une analyse conceptuelle autour de la notion de souffrance.
 - 2) Ce qui se passe une fois que l'on est pris dans les services psychiatriques. Nous avons, par-là, été amené.es à nous emparer du problème de la violence psychiatrique. Nous avons tenté de l'éclairer à partir des vécus des personnes dans le groupe et par une analyse des cadres juridiques qui entourent, encadrent ou sont mis à mal par les pratiques psychiatriques. Nous avons ajouté à cela un point de vue qui est celui d'une analyse des violences systémiques qui s'ancre davantage dans le champ de la philosophie et de la sociologie.
2. Nous avons ensuite esquisonné des enjeux théoriques et pratiques autour du soin. Qu'est-ce que peut être le soin, ou la réparation, lorsqu'on est pris par de la souffrance existentielle et, presque immanquablement, par de la violence structurelle ? Nous avons alors séquencé notre travail de recherche autour de cet enjeu en deux temps :
 - 1) Nous avons examiné comment le paradigme psychiatrique entendait soigner la souffrance. Nous avons proposé une analyse et un retour critique à partir du vécu des personnes en présence sur la centralité des médicaments et des diagnostics dans les processus de prise en charge médico-psychiatriques. Nous avons insisté sur la manière de se subjectiver, avec adresse et stratégie, au sein de ces dispositifs. Nous avons cherché à conceptualiser la possibilité d'une position subjective porteuse de possibilités de vie et de résistance sous l'expression « faire tenir le charme ».
 - 2) Nous avons porté notre attention sur le type de relations qui peuvent exister à partir ou hors des services spécialisés dans la santé mentale ou dans la psychiatrie. Certaines de ces relations pouvaient être pensées à partir de leur charge thérapeutique, c'est-à-dire à partir du fait qu'elles pouvaient faire soin pour une personne dont la vie semble parfois

plus vascillante. Nous avons, pour ce faire, recomposé une analyse de ce qui pouvait faire soin dans une perspective large, c'est-à-dire susceptible d'intégrer une pluralité d'acteurs.trices du champ social. Nous avons mis côté à côté et en discussion les désirs et projections de ce qui pourrait faire soin d'après les personnes du groupe et un courant particulier de la psychiatrie, à savoir le projet de *psychiatrie démocratique*.

A partir des réflexions qui unissent ou tissent quelque chose entre nos perspectives singulières, nous pouvons distinguer un enjeu propre au dispositif de travail collectif que nous avons construit, à partir du cadre de l'éducation permanente/populaire et du projet thérapeutique du SSM dans lequel nous nous retrouvons. En effet, un affect, à la fois politique et intime, qui a beaucoup traversé les expériences à partir desquels nous avons travaillé était celui de la honte. Honte des difficultés psychiques rencontrées, honte du diagnostic, honte d'être exclu.es du marché du travail, honte du regard méprisant qui considère que vous êtes un.e « assisté.e », honte et peur du stigmate de dangerosité, honte de ce qu'on a vécu en psychiatrie. Notre recherche a, en quelque sorte, été un moyen de parler de cette honte et de sentir à quel point la stigmatisation ou la marginalisation provoquaient des colères. Des colères qui permettaient de se dire, ensemble, que cette recherche avait du sens, qu'elle importait et que nous souhaitions la mener à bien. Pourquoi ? Parce que le fait de rendre visibles des lieux où s'exerce de la violence, le fait de déchiffrer les dynamiques et les structures qui permettent ces violences, le fait de trouver les moyens de partager les effets de cette violence sur l'intimité psychique des personnes qui en ont été victimes ; bref, parce que tout ce travail de visibilisation permet de se détacher de la honte qui immobilise et de tenter un partage collectif de cette problématique au-delà de notre groupe et au-delà des institutions psychiatriques. Arrêter cette honte, la faire cesser ou bien la retourner à l'endroit de ceux et celles qui exercent de la violence, est peut-être un effet porteur de ce travail de visibilisation. Travailler sur la honte, c'est aussi travailler à la désinstitutionnalisation des parcours de vie des personnes en souffrance existentielle : « désinstitutionnaliser, ça fait partie de la lutte antivalidiste. Dans la lutte antivalidiste, on refuse d'être simplement renvoyé ou mis dans des institutions qui sont des lieux de concentration du pouvoir et de l'autorité. » Nous cherchons à faire tomber les affects de honte et les exclusions matérielles dont les personnes en souffrance psychique font l'objet afin qu'elles cessent d'être constamment ségréguées dans des institutions qui les placent en dehors de la société.

Nous croyons, en tout cas, je le crois en tant qu'autrice de ces dernières lignes, qu'il faut continuer à chercher les moyens pour que l'expérience de la violence psychiatrique mais aussi pour que les expériences réelles de soin soient prises en considération dans le monde social. Comment, en tant que citoyen.ne, pouvons-nous nous sentir concerné.es par le fait que les institutions qui disent soigner sont, pour une part, des appareils de violence ? Comment faisons-nous avec notre propre mise à distance avec la question des troubles psychiques ? Comment vivons-nous avec le fait que les personnes sont reléguées aux institutions psychiatriques et de santé mentale et que, dès lors, nous ne nous sentons plus tenu.es à rien collectivement, socialement vis-à-vis de ces situations ?

Comment recréer quelque chose à la jonction de la prétention psychiatrique et de son échec, des institutions qui résistent pour produire des liens socialisants dont l'horizon est le respect des droits des personnes en situation de vulnérabilité et, enfin, de la pluralité de nos manières de faire lien dans l'espace social ? Nous pensons que cela commence par un partage, un partage dans des espaces institutionnels et sociaux où, tout d'un coup, les personnes interpellées seraient obligées de « ne pas regarder ailleurs. »

Nous tâchons de construire une culture où les expériences sont légitimes à être racontées, entendues pour ce qu'elles sont ; à être réhabilitées socialement au sens où elles détiennent un pouvoir de changement institutionnel et social. Nous avons choisi de nous mettre du côté des histoires, des histoires de vie, auxquelles on a toujours argué « que ça ne valait pas la peine d'être dit » pour instiguer des nouvelles sensibilités collectives.

Pour nous quitter, avant de reprendre un autre fil ou de vous rencontrer⁶⁶, nous avons choisi de glisser encore quelques mots issus de nos séances de travail. C'est un vrac, un vrac qui dit beaucoup de choses, celles que nous avons ouvertes tout au long de l'analyse mais autrement encore.

*

« On s'occupe mieux des gens qui ont un cancer que de ceux en psychiatrie. Quand mon père était mourant, dans un service de soins palliatifs, l'infirmière lui caressait doucement le bras et lui disait “je vais vous faire votre piqûre juste ici Monsieur, ça va aller”. En psychiatrie, je ne me suis jamais faite traiter avec douceur quand on me faisait mon injection. » « Je suis un malade mental, c'est comme un diabète. » « Rien de tel que les hôpitaux généraux. » « La maladie psychiatrique, c'est comme un angle mort de la santé mentale. » « Révéler sa maladie pour ne pas en faire une honte. » « Je pratique la schizophrénie. » « Exclus car vulnérables » « Tu es responsable de ce que tu es devenu. » « Tiens, est-ce que je suis dangereuse ? » « Quand on est victime, on se doit de résister. » « Résister, c'est compliqué car il faut avoir une voix. » « On peut résister de l'intérieur, à l'intérieur de soi, aux pentes que l'on a à l'intérieur de soi. » « On a beaucoup de résistances à résister et à se manifester. » « Je n'oserai jamais parler à mon entourage. Ce qu'on vit en psychiatrie est tellement affreux que je ne sais pas si on me croirait ; je ne sais pas si les autres voudraient entendre. » « Je ne peux plus penser la psychiatrie en dehors de la violence, on s'approprie la violence dont on a été victime. » « On vous déshumanise et on vous rend coupable. » « Vous êtes responsable de ce qui vous arrive. On vous parle toujours de *votre* maladie, de *votre* parcours, de *votre* chemin de rétablissement. » « Il y a des mots qui frappent comme des coups de poing. » « Ce qui est anormal dérange les gens. » « Les personnes différentes sont toujours mises à l'écart, rejetées. » « Une psychiatrie débarrassée de la violence ? Je n'arrive même pas à l'imaginer. » « Lorsque la personne en face apprend notre diagnostic, elle nous rejette ; c'est le stigmate. » « Je m'éduque pour autre chose que pour le travail ; pour l'émancipation. » « Reconstruire sa vie autour du fait de ne pas être productif. » « Pour ma famille, on est des assistés. » « Parfois, c'est plutôt des sous-entendus que des commentaires. » « La psychiatrie, c'est vague. » « Chacun.e détient un morceau de la vérité du groupe. » « On veut enfin faire écho de ce qu'on vit dans la société. »

*

⁶⁶ Nous prévoyons d'éditer un podcast issu de ce travail de recherches en 2026 et d'initier des moments de rencontre pour diffuser et mettre en discussion notre recherche.