

Plantin des pavés : hymne à la psychodiversité !

Agnès Maire, Carla, Marinette H., Tania, Vita,
Charlie Crettenand et Aïle

« La beauté, c'est quelque chose qui nourrit l'âme »

Tania, paire praticienne en santé mentale

En ville, le plantin qui se faufile entre les pavés est traité comme une mauvaise herbe, impitoyablement brûlé par les employés-es de la voirie et, inlassablement, il repousse... Et si ? Et si le plantin des pavés avait le droit d'exister ? Et si ses propriétés médicinales étaient (re)connues, réappropriées et célébrées ?

Et si, dans nos villes et nos campagnes, on imaginait que les « herbes » humaines qui dépassent du cadre, celles dont les ramifications semblent suivre des chemins de traverse, pouvaient espérer un autre destin que celui « d'herbe à re-normaliser » par le pouvoir moderne de la psychiatrie ? Et si, toutes les sortes d'« herbes » humaines pouvaient aussi se frayer un chemin au cœur de la cité, ayant non seulement le droit d'exister et d'être au monde mais aussi de porter leurs voix, leurs vécus, leurs revendications, leurs visions ? Et si les savoirs de guérison³¹⁴ de ces « plantes-humaines » pouvaient être réhabilités pour prendre soin des êtres cabossés par le capitalisme et les oppressions structurelles ? Et si nos villes devenaient un grand jardin permacole ?

« L'accès à la beauté représente une forme de passerelle permettant de sortir de vécus pénibles et de devenir davantage qui nous sommes. »

Tania, paire praticienne en santé mentale

Bien des articles et des livres questionnent le bien-fondé d'une vision dominante pathologisante qui continue de s'imposer, critique également présente au cœur de l'approche narrative. C'est en effet une façon de faire reposer sur les individus la responsabilité de réactions « saines » à des contextes sociaux impactants et « pathogènes », alimentés par l'augmentation exponentielle des troubles décrits par les manuels diagnostiques au fil des éditions³¹⁵. Si certaines de ces codifications peuvent s'apparenter à des formes de reconnaissances, par exemple le statut de « victimes » si l'on considère l'état de stress *post-traumatique*³¹⁶, il s'agit plus largement d'une perspective – culturelle, professionnelle et politique – pessimiste concernant les capacités des communautés à s'ajuster par elles-mêmes à l'adversité qui prend progressivement le pas dans les sociétés occidentales³¹⁷. Selon l'histoire officielle de la santé mentale, toutes les formes de souffrance émotionnelle sont considérées comme des troubles, ce qui justifie le déploiement de services psychiatriques et d'interventions avec des médicaments et contribue de façon majeure au fardeau mondial des invalidités et maladies³¹⁸.

« Mon psychiatre ? Il a essayé tous les médicaments pour conclure "Je ne sais plus quoi faire, vous êtes un cas". Je lui ai parlé de mon moi d'avant, très active, curieuse intellectuellement et pleine d'énergie. Il m'a dit que mon « moi d'avant » n'existait plus. Affreux, cela m'a ôté ma raison d'espérer... »

Vita, paire praticienne en santé mentale

Dans « La santé mentale dans un monde social brisé », le psychiatre et membre du Réseau de Psychiatrie Critique, Derek Summerfield, interroge : « Comment les approches psychiatriques occidentales [...] peuvent-elles distinguer les troubles mentaux des réponses normales à un monde social qui n'est plus cohérent ou fonctionnel ? Le danger de la médicalisation de la vie quotidienne est qu'elle détourne l'attention de ce que des millions de personnes dans ce monde pourraient citer comme la base de leur détresse, par exemple la pauvreté et l'absence de droits. »³¹⁹

315. Cf. Chapitre 1 « Retour aux sources politiques de la narrative », p. 33.

316. Didier Fassin, « De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 123, 2014.

317. Vanessa Pupavac, « Global Disaster Management and Therapeutic Governance of Communities », *Development Dialogue*, 2012.

318. Marina Morrow et Lorraine Halinka Malcoe, *Critical Inquiries for Social Justice in Mental Health*, University of Toronto Press, 2017, p. 6.

319. Derek Summerfield, « How scientifically valid is the knowledge base of global mental health ? », *British medicine journal*, n° 336, 2008, p. 993.

314. David Denborough, *L'Approche Narrative Collective. Quelles réponses apporter aux individus, aux groupes et aux communautés qui ont vécu un trauma ?*, Satas, 2018, p. 77.

« Quand vous avez passé toute votre vie à devoir vous battre pour arriver à terminer le mois en ayant encore à manger et un toit au-dessus de la tête, il y a des ratures, des repures et des blessures. »

Marinette H. de l'Association des Familles Quart Monde

Les conceptions psychiatriques occidentales se sont progressivement mondialisées³²⁰ en disséminant à large échelle une vision selon laquelle les problèmes et déficits sont avant tout perçus comme localisés dans des pathologies individuelles plutôt que comme liés à un environnement socio-historique et culturel donné, à des rapports de pouvoirs ou encore à des inégalités sociales structurelles³²¹. Pour y répondre, les politiques de santé ont édicté des normes et des régulations permettant de décider qui est « sain » et qui ne l'est pas³²², ce qui exclut les perspectives et pistes d'intervention pouvant émerger d'une analyse de la production sociale, politique, économique et culturelle des problèmes de santé mentale³²³. Les diverses voix liées au vécu de la souffrance psychique, comme celles des personnes concernées, y sont insuffisamment prises en compte, tout comme les connaissances qu'elles ont récoltées au fil de leurs expériences. Quelles contributions permettraient de visibiliser les inégalités structurelles contribuant à la souffrance sociale et honorant les actes et savoirs de résistance³²⁴ de personnes qui en sont affectées ?

« À l'hôpital, j'aurais voulu accéder à un espace d'échange avec les soignant·es. Il n'y avait pas de contacts humains réels avec elle·ux. Les étaient peu nombreux·ses, occupé·es, surchargé·es avec beaucoup de travail administratif. Les étaient aussi moralement fatigué·es. Le système fait souffrir les infirmier·es qui, du coup, n'offrent plus de temps relationnel de qualité; par conséquent, les usager·es sont encore plus en souffrance. »

Carla, paire praticienne en santé mentale

320. Andrea Daley et Merrick D. Pilling, *Interrogating Psychiatric Narratives of Madness*, Palgrave Macmillan, 2021, p. 4-5.

321. China Mills, « Global Psychiatricization and Psychic Colonization : The Coloniality of Global Mental Health », in Marina Morrow et Lorraine Halinka Malcoe, *Critical Inquiries for Social Justice in Mental Health*, p. 97-98; Marjorie Johnstone, « Centering Social Justice in Mental Health Practice : Epistemic Justice and Social Work Practice », *Research on Social Work Practice*, vol. 31, n° 6, 2021.

322. Stéphanie Leblanc et Elizabeth Kinsella « Toward Epistemic Justice. A Critically Reflexive Examination of « Sanism » and Implications for Knowledge Generation », *Studies in social justice*, vol. 10, n° 1, 2016, p. 59-78.

323. Marina Morrow et Lorraine Halinka Malcoe, *Critical Inquiries for Social Justice in Mental Health*, op. cit., p. 7.

324. David Denborough, *L'Approche Narrative Collective. Quelles réponses apporter aux individus, aux groupes et aux communautés qui ont vécu un trauma ?*, op. cit., p. 76-77; Michael White, « Power, Psychotherapy, and New Possibilities for Dissent », in Michael White & David Denborough, *Narrative Practice. Continuing the Conversations*, Norton & Company, 2011, p. 61-62.

Pour prendre le contre-pied d'une telle vision pathologisante et individualisante, l'approche narrative promeut une **vision eupsychologique** qui soutient « les personnes dans la coconstruction de récits intentionnalistes »³²⁵. Nous affirmons une perspective consistant à *dépathologiser l'existence*, envisageant la personne « comme une émergence relationnelle donc multiple et changeante en fonction des contextes »³²⁶. Afin de nous pencher sur les différentes manières d'être au monde des gens, il convient de diminuer la focale pour obtenir un angle plus grand afin d'être en mesure de considérer l'impact des discours dominants sur la vie des gens. Dans la psychiatrie, comme partout, on a assisté à une sorte de hiérarchisation des savoirs, dans lesquels certains ont été valorisés et d'autres mis de côté. L'idée de Foucault « est d'être impliqué·e au niveau local en aidant les gens à contester les techniques du pouvoir et l'assujettissement à ces techniques. Et au lieu de l'insurrection des personnes, c'est l'insurrection des savoirs assujettis, c'est une insurrection des savoirs alternatifs... »³²⁷. D'où l'importance, d'une part, de déconstruire les « vérités » ainsi établies par les discours dominants au sujet de la santé/pathologie, ainsi que de donner une légitimité et la voix aux savoirs expérimentiels.

« À l'hôpital, l'admission a été le seul moment où il m'a été possible d'échanger quelque chose de significatif avec les soignant·es. [...] Par la suite, on observait mes attitudes et mes comportements, mais sur le plan relationnel, c'est un peu comme si, une fois l'adjectif "délirant" posé, on ne voyait plus l'intérêt d'explorer mon vécu. »

Blaise Rochat, infirmier en psychiatrie passé « de l'autre côté du miroir »³²⁸

Commençons par laisser la place à une définition, réappropriée par les personnes concernées, de la psychodiversité...

325. Charlie Crettenand et Rodolphe Soullignac, *La Thérapie Narrative : cultiver les récits pour dignifier l'existence*, Chronique Sociale, 2021, p. 36. L'Eupsychologie est définie dans l'encadré p. 38.

326. *Ibid.*

327. Michael White, 1989, cité par David Denborough, *Dictionnaire politique consacré aux idées narratives*. La Fabrique Narrative, disponible en ligne, 2020; cf. aussi Chapitre 1 « Retour aux sources politiques de la narrative », p. 33.

328. Blaise Rochat, « Quand un soignant bascule dans la psychose », *Revue Santé Mentale*, n° 264, 2022.

Visions de racines souterraines, de pissenlits et de graines portées par le vent³²⁹

Le sol ne reste pas nu. Des plantes tenaces dites « espèces pionnières » trouvent des manières de propager et d'étendre leurs racines profondément dans la terre, créant des abris pour toutes sortes de créatures et enrichissant le sol au gré de leurs cycles de vie et de mort.

On nous apprend à voir la plupart des espèces pionnières les plus communes comme de mauvaises herbes ; des plantes comme le pissenlit, dont les solides racines pivotantes s'étendent bien en-dessous des couches arables pour atteindre les minéraux cachés dans des couches profondes du sous-sol. Le pissenlit extirpe ces minéraux et les incorpore dans ses feuilles et ses fleurs. Quand il meurt et se décompose, tous les nutriments qui étaient enfermés sous terre sont libérés, rejoignant les niveaux supérieurs du sol et rendant la nourriture disponible aux prochaines générations de plantes.

Il y en a tellement d'entre nous, par ici, qui perçoivent le monde avec une peau fine et un cœur lourd, qui sont appelés fous et folles parce qu'ils sont trop pleines de feu et de douleur, qui savent que d'autres mondes existent et sont mal à l'aise dans la version officielle de la réalité. Nous avons surgi des trottoirs et fait s'épanouir toutes sortes de fleurs inadaptées, depuis aussi longtemps que les gens marchent sur cette terre.

Comme les pissenlits, nous sommes parfois considérés comme une mauvaise herbe. D'autres mots sont aussi utilisés... Pourtant, nous sommes une partie essentielle de ce qui fait de cette planète un tout. À l'inverse de la monoculture du psychisme, nous revendiquons les bienfaits de la psychodiversité : la légitimité de l'éventail des manières d'être au monde et d'existence, et nous promouvons sa nécessaire permaculture : vision selon laquelle nous pouvons cohabiter et nous soutenir avec solidarité.

Beaucoup d'entre nous accèdent à des couches secrètes de la conscience – vous pourriez nous voir comme des racines de pissenlits qui rassemblent les minéraux des strates cachées du sol que les autres plantes ne peuvent atteindre. Si nous avons de la chance, nous pourrions les partager avec tout le monde en surface.

Les plantes pionnières créent des nuées de minuscules graines légères, dotées de poils fins qui agissent comme des parachutes pour empêcher qu'elles ne succombent trop vite à la gravité, et les maintiennent en suspension tandis qu'elles parcourent des distances immenses portées par le vent. Nous sommes

graines de calendula se déployant sous de multiples formes : crochets, coques de bateau ou grains, pour colorer le monde et mettre du baume au cœur. Parce que nous ressentons les choses plus fortement que les autres, beaucoup d'entre nous ont des visions de comment les choses pourraient changer et pourquoi elles devraient changer. C'est douloureux de les garder pour soi... Comment créer des manières de disperser nos graines, délivrant des messages de mondes cachés qui pourraient voyager loin, atteindre et nourrir tous les niveaux de sols endommagés ?

Et toi, lecteurrice

- Où t'emmène cette métaphore de la psychodiversité comme plantes pionnières ?
- Comment nourrit-elle ton imagination ?
- Quelles initiatives professionnelles soutient-elle, t'amène-t-elle à considérer ?
- Dans ton contexte professionnel, en quoi la diversité psychique est-elle cultivée en permaculture ? Comment s'en approcher ?
- Comment favoriser la croissance de l'ensemble des graines humaines ?
- Comment le fait de postuler pour leur nécessaire existence et leur fertile interdépendance façonnerait nos relations ? Quel genre de société essaierait alors ?

Quittant le monde des métaphores soutenant nos espoirs en faveur de la psychodiversité, nous souhaitons donner la voix à un témoignage poignant, conçu comme un dialogue entre *Charlie et Aïle*. Véritable *document identitaire*, à l'image de la narrative il vise à la fois à dénoncer des violences structurelles, à honorer les *actes de résistance*, à prendre soin de ce qui a été « écorché vif » dans cette expérience, à se réapproprier son histoire, ses préférences et ses valeurs et à visibiliser l'expérimentation d'un *réseau d'intentions* entre proches et personnes concernées.

Questions narratives Psychodiversité

Naviguer dans les méandres du labyrinthe psychiatrique et trouver son fil d'Ariane par Charlie et Aïle³³⁰

En hôpital, je me trouve. Chacun, chacun, souffre, à sa manière. Au milieu de cela, je m'étais. Mon feu intérieur en prend plein la gueule car je ne peux pas fermer les yeux sur ce qui se passe. Les hiérarchies. Les échelles. Inatteignables, elles sont au-dessus comme un Dieu à qui l'on voue le culte de la toute-puissance. Aïssance, pour elles et eux de nous étiqueter. Calamité pour moi, je dois m'efforcer de la fermer et finalement de les accepter. Que faire si ce n'est attendre ? Ma magie se perd par médication forcée, je n'ai plus l'envie. Pourtant bel et bien en vie après tous ces passages, j'en suis fière. Sont-ils sont-elles dans ma tête ? Non. Heureusement. Mes pensées m'appartenaient mais ici elles resteront silencieuses pour être libérées au plus vite. Jeu du malin. J'ai trop vu car trop bu mais pas encore assez dit. Peut-être un peu trop crié à la place. Se taire ? Ah non, aux autres de s'y faire... Sorte d'égoïsme...

Poème d'Aïle, décembre 2022³³¹.

En août 2022, Seb et moi (Charlie) avons commencé à accompagner Aïle, une amie de 23 ans, à la demande de son amoureux, puis d'elle-même et de sa mère, à travers les méandres du labyrinthe psychiatrique, en phase décrite comme haute ou « maniaque ».

Nous avons œuvré pour faire entendre sa voix, du mieux possible et nous sommes heurtés à la résistance des équipes « soignantes » qui nous refusaient par exemple l'accès aux entretiens et aux plans de traitement, bien qu'Aïle m'ait nommé-e « référent-e thérapeutique et personne de confiance ». J'ai tenté de négocier, de faire valoir les droits des patient-es, de faire connaître les directives anticipées d'Aïle, ses souhaits et ses demandes légitimes mais rien n'y fit... Lorsqu'elle est hospitalisée sous contrainte, la personne est dépossédée de sa vie et de sa dignité. Parmi l'enfer de l'hospitalisation, deux éléments ont été vécus par Aïle comme particulièrement violents et aliénants : le port forcé de « la chemise de la honte » comme Aïle l'appelle, ainsi que les traitements par injection.

L'enfer de l'injection se présente pour moi ainsi : lorsque j'arrive à l'hôpital, j'exprime clairement mon besoin de prendre le traitement par voie orale mais ce besoin n'est point entendu. Rien à faire, ils et

elles sont persuadés de leur pratique... Alors forcément, j'essaie de fuir et de me débattre. Je me retrouve avec plein de mains étrangères qui s'agrippent, me serrent, m'immobilisent et me soumettent. « Laisse-toi faire, ça ira mieux ». Quelqu'un e baisse mon vêtement, ma fesse est piquée. Je sens le liquide pénétrer mon corps, douleur fine mais lourde. Je ne suis même pas informée de sa composition. Ça fait beaucoup de violence, un sentiment de dégoût s'installe. Puis, en quelques minutes, mon corps s'effondre. Ils et elles sont contents, la femme agitée est maintenant silencieuse, habillée de la chemise de la honte et de la chemise chimique. Sous ces draps blancs, tout semble sous contrôle.³³²

Mes tentatives de collaboration infructueuses avec l'institution se sont transformées en un véritable bras de fer. J'ai tenté d'amener de la souplesse dans la rigidité de ce système verrouillé, en vain. Je ne compte plus les abus de pouvoir ni les mensonges encaissés. J'en suis sorti-e épuisé-e, impuissant-e, ni écouté-e ni entendu-e...

Pendant cette période, une de mes manières pour « tenir le coup », pour garder à la fois le sentiment de légitimité de cette démarche d'accompagnement et la persévérance pour retourner « au front », fut de me plonger dans la lecture de brochures alternatives écrites pour et par les personnes concernées, sur différents sujets tels que : psychiatriques contre les traitements forcés, violences sexuelles commises sur personnes vulnérabilisées, témoignages à propos de la médication, création de réseaux de soutien en santé mentale...³³³

Seb et moi nous sommes également appuyés sur cette expérience et nos émotions difficiles pour co-écrire la chanson « Mad Pride », en l'honneur d'Aïle, visible en tant qu'on avait appris à ses côtés et ce que nous étions en train d'endurer en tant que proches dans ce parcours psychiatrique avilissant. Ce fut également l'occasion de participer au rassemblement festif entre personnes concernées, alléxés et professionnellex. Lors de la première *Mad Pride*³³⁴ nationale suisse en 2022. En voici les paroles :

I'm mad they say
I say, they're going nuts
So my madness and I invite you
To celebrate

332. Témoignage d'Aïle, brodé au fil du texte.

333. Ces brochures peuvent être trouvées sur le Projet Icarus (réseau de soutien et de partage par et pour les personnes dont les manières d'exprimer le monde sont souvent diagnostiquées comme des maladies mentales), Zinzizine (outils de réflexions et d'actions face à la psychiatrie) et le site Infokosque (Brochures subversives à lire, imprimer, propager).

334. La *Mad Pride* est une manifestation ayant pour but de visibiliser et de déstigmatiser les maladies psychiques. La chanson « Mad Pride » peut être écoutée sur la chaîne Youtube de Netisa Duende.

330. Avertissement de contenu sensible : hospitalisation et traitements sous contrainte.

331. Ce poème a été écrit en écho à ma dernière hospitalisation en décembre 2022. Mots griffonnés sur un carnet offert par Charlie.

Un·e·x·s dans la différence
Nous faisons entendre nos voix
Des folles et des fous qui dansent
Sont-ils si éloigné·es de toi ?
Nous pronons la tolérance
Nous sommes juste là, est-ce que tu nous vois ?

On m'accuse de folie
On m'enferme dans une cage à double tour
La moindre rébellion qui germe
Se fait balayer sans détour
À coup de clichés, de caches
On me rabaisse jour après jour
On colonise mon corps, mon âme et mon esprit
Violence systémique, oppression systématique
On me nomme par mon diagnostic
On confisque ma voix

N'est-ce pas la société qui est plus folle que moi ?
Laisse donc tes peurs, rejoins la ronde
Apaisons les souffrances profondes
On peut en rire de nos bizarreries
Tant que nous sommes soudé·e·s et uni·e·s

Manifeste des personnes dérangeantes

Ce n'est pas un jeu distraitif
Ma passion peine par les leurre·s des passifs
Ma peine est ma cause, non jamais je me la ferme
J'ai crié trop fort que mon vase était cassé
Je n'avais plus rien à perdre enfin j'y croyais
Un mange tes morts taboué sur l'épiderme
Un poing serré pour la cause non pacifisme a flanché
Ils m'ont mise à terre à nouveau c'est pas grave je me relève
Un peu plus brisée encore mais aucun remord
J'ai été là où je devais finalement
Comment avancer quand on n'a pas le sou à bout de souffle et de ressources
L'été m'a tuée, l'automne a à peine filé mes joues de son doux souffle
que nous voilà l'hiver, temps de recul et de reconstruction

Réalisation
De mon parcours, de mes combats pour la lutte commune
Comme une bête sauvage, traquée... pour mes idées déviscées
Non ! Je n'aime pas votre société, votre système

*Chiffée, observée, je ne suis pas à piquer !
Pourtant vous vous le permettez
F'accuse alors violemment que vous vous y plaisez
À votre jeu de qui sera le plus biaisé
Avec mes potes, que des riques par la vie, par le vide
Avant la trentaine, déjà plus l'âge de rire
Ça revient, seuls les vrais rires font vriller
Bravo à vous mon riches est faux, seuls les vrais rires font vriller
Ça revient, je m'en fais pas*

Poème d'Aïle, hiver 2022.

Dans ce long parcours aux côtés de la psychiatrie conventionnelle, j'ai découvert un monde bureaucratique protocolaire, peuplé de professionnel·les se coupant d'une part de leur humanité, persuadé·es d'agir « pour le bien des gens », tout en ayant des difficultés à questionner les rapports de pouvoir et d'autorité, néanmoins conscient·es du manque de moyens mis à leur disposition, et reconnaissant ne pouvoir agir que pour « faire taire les symptômes ». Débordé·es par le nombre croissant de personnes qui arrivent en crise dans ce service, la seule et unique réponse « thérapeutique » est la camisole chimique, et l'obéissance aux règles. La psychothérapie n'est pas envisageable dans ce contexte. « pas les moyens, pas le temps », comme me le confiait l'infirmier en chef de l'unité...

D'août à fin décembre, Aïle a été hospitalisée 4 fois, avec des fuites pour s'échapper de là. Elle a accepté la dernière hospitalisation, épuisée de batailler et chercher à faire valoir sa voix, déterminée cette fois à sortir « par la grande porte », ce qui signifiait se soumettre aux protocoles et aux traitements.

Les semaines se sont écoulées. Au début, j'ai fait la démarche de recours au PAFPA³³⁵, sans succès. Jamais je n'ai vu quelqu'un e réussir à lever cette décision. Est-ce un leurre quant à notre capacité d'agir ? Sans succès, alors j'ai attendu. Comme les autres fois, de supers rencontres se sont créées avec les autres enfermés et c'est comme cela que nous résistons à leurs protocoles stricts et leurs traitements médicamenteux lourds. Souvent, nous cherchons à transgresser les règles ou à en rire, car au final c'est ce qui nous reste. Mais parfois, les situations auxquelles nous faisons face, la réalité de cet environ-

335. PAFPA : Placement à fin d'assistance. Il s'agit d'une « décision par laquelle une autorité place ou retient, pour des motifs déterminés, une personne dans un établissement afin que lui soit donnée l'assistance exigée par son état » (site du canton du Valais). Selon la loi, cette décision doit être remise en mains propres à la personne concernée ainsi qu'à un·e proche, notamment à des fins de recours. Aïle raconte que cela n'a pas été le cas lors des hospitalisations précédentes, jusqu'à ce que nous l'accompagnions.

nement, nous mènent aux échanges enflammés, aux larmes, aux cris, ou à la fuite pour les plus révoltés et dépassés. Seulement, avec le temps, je ne pouvais ni rire, ni pleurer, ni même parler. Simplement dormir le plus longtemps possible, à m'en épuiser. Fumer, fuir tout le monde. J'avais prévenu Orange que ce serait mon sort. Elle me fit part de sa tristesse face à mes yeux éteints qui avaient perdu leur lumière entraînante : le gouffre de la dépression.

En décembre, Seb et moi participions à un atelier narratif à Paris « Oser documenter de façon puissante, poétique et musicale ». À cette occasion, le formateur et coach narratif Pierre Blanc-Sahnoun nous a initiés à la pratique du **manifeste narratif**³³⁶, qu'il introduit en citant le thérapeute narratif Stephen Madigan : « Soutenir la personne dans la transformation de sa posture de victime face à un Problème individuel à porte-parole d'un Problème social ». Il s'agit de promouvoir la vision selon laquelle les problèmes ne peuvent pas être résolus individuellement, étant donné qu'ils sont construits collectivement. C'est une *documentation de l'indignation et de la colère*, écrite en deux parties : dénonciation / revendication.

En tant que participantes, nous avons été invitées, à partir d'une injustice vécue, à co-créer un *manifeste narratif*. Pénélope Chapelain-Midy et Sandrine Pellier ont accepté que je témoigne de ce que je vivais à cette période et ont précautionneusement pris des notes. Ensemble, nous avons souhaité rédiger un texte en l'honneur d'Aïle, en invitant sa voix, reprenant ses expressions, en faisant briller ses identités préférées, en dénonçant les injustices vécues et les déboires d'un système psychiatrique dépassé, et violent... Nous avons aussi cherché à nous solidariser avec Aïle, comme égérie des toutes les personnes concernées par ces violences institutionnelles, et promouvoir une psychodiversité colorée et le droit de déranger...

J'ai 23 ans

Je suis écoanxiieuse

Je suis punk

Je suis anticapitaliste

Je suis polyamoureuse

Je m'appelle Aïle

Je suis enfermée pour un crime que je n'ai pas commis

Ils disent de moi que je suis folle, bipolaire et inadaptée à la société

Ils disent de moi qu'il faut m'enfermer

20 fois c'est arrivé

Ils m'attrapent

Ils me forcent
Ils m'injectent
Ils me violent³³⁷

Ils me musellent, ils m'invisibilisent, ils m'enlèvent mon droit d'exister

Alors pour sortir d'ici

Il faut avoir un projet de vie

Il faut choisir une formation

Il faut avoir un domicile

Il faut donner les bonnes réponses

Il faut accepter la maladie, se soumettre au traitement

Nous revendiquons

Le droit d'exister

De libérer nos corps

D'avoir des comportements exubérants

D'interpeller les passants

De secouer l'aveuglement et la surdité

D'être « trop en dehors »

D'être sans compromis

Être dérangeante, c'est provoquer la norme

Être dérangeante n'est pas un crime

L'écriture et la « performance » de ce texte devant le groupe de formation m'a fait beaucoup de bien. Les personnes étaient très touchées à son écoute. J'ai trouvé du sens dans la possibilité de visibiliser ce qui est si tabou et porter la voix tue desdites « personnes dérangeantes »...

Pratique alternative du plan de crise

Fin décembre, Aïle s'est installée chez nous, enfin sortie de ce marasme, complètement abattue et étrangère à elle-même du fait de la puissance des neuroleptiques et autre cocktail médicamenteux. Elle était « dehors » mais dans l'incapacité d'avoir accès à ses émotions, ses ressentis, son vécu. De grands pans de souvenirs des derniers mois s'étaient évanouis de sa mémoire.

Je me souviens, au-delà de souvenirs précis, de la reconnaissance que j'éprouve pour toi et la place que tu as en mon cœur, ton combat, ton soutien. Après que tu me l'aies rappelé, je ressens tes mains sur mes épaules, posées là pour m'accompagner lors d'une

336. Cette modalité a été développée par Pierre Blanc-Sahnoun ainsi que par Jacqueline Sligg, comme « documentation politique face aux injustices ».

337. Cette expression, utilisée par Aïle, fait écho à son ressenti face aux pénétrations, dans son corps et sans son consentement, de liquides (médicaments injectables), dénonçant ainsi une pratique de traitement sous la contrainte.

injection. Aujourd'hui, je constate l'impact énorme qu'ont causé les traitements sur ma capacité à me remémorer le passé, même les événements ultérieurs à ma sortie d'hôpital. Je dois donc maintenant réparer ma mémoire...

Peu à peu, Aïle est sortie du sommeil et de cette longue absence à elle-même, notamment après avoir pris la décision d'arrêter les neuroleptiques, contre l'avis médical, pour reprendre du pouvoir sur sa vie³³⁸. Nous l'avons dès lors vu lentement émerger, se remettre à écrire et créer, doucement, entreprendre des discussions.

Pouvez-vous imaginer que même les personnes que j'aime le plus, celles au plus près de moi, me paraissaient étrangères? Car j'étais étrangère à ma personne, peut-être. Privée de mon vocabulaire, de ma passion pour ma création, de ma capacité d'écouter, je pensais ne valoir plus rien. Auto-flagellation. Malgré cela, je gardais en tête l'évidence que le temps ferait son chemin et moi avec, que je me retrouverai petit à petit, grandie par ce long épisode de ma vie. Trouver un « chez-soi » puis retrouver mon indépendance m'a redonné l'envie d'avoir confiance en moi et en mes capacités. Je me suis relevée de l'écrasement, décidée à ne plus retourner dans cette institution du mépris et de la répression. Pour cela, il faut maintenant s'écouter, s'apaiser malgré tout.

J'ai partagé avec Aïle les brochures que j'avais longuement écumées durant ces mois d'hospitalisation et de fuite, et que j'avais imprimées à son intention.

Je me rappelle du moment où, grâce à la lecture de la brochure du projet Icarus, « Guide pour décrocher des médicaments psychotropes en réduisant les effets nocifs », j'ai pu éclaircir mes idées concernant la prise de neuroleptiques. Alors indiquée comme essentielle à mon traitement, Risperdal et Lithium, je sentais en moi ce vide profond, le nez plongé dans le néant. Il était évident que j'étais prise par une camisole chimique bien puissante qui me maintiendrait hors de portée de mes moyens pour aller mieux, échapper à la dépression. Par expérience, le neuroleptique était pointé du doigt, remis en question, mais après ces années écoulées, j'avais peur de

retomber dans les mêmes schémas par l'interruption de ce médicament.

Face à ces quelques lignes d'un chapitre sur les traitements prescrits aux bipolaires, je confirmais mes expériences et mes pensées. J'ai alors approché Charlie avec ce besoin d'interruption, j'el m'a tout de suite soutenue, entendant mes craintes, m'a assuré son écoute et ses observations sur d'éventuels changements pour les temps à venir. Cela m'a fait beaucoup de bien d'être encouragée dans cette démarche et rassurée par un avis similaire au mien concernant les ravages de ce médicament. C'est une pilule de crise, pas de convalescence.

Nous avons discuté de directives anticipées en nous basant sur un *plan de crise alternatif*³³⁹ qui déroule plusieurs thématiques à aborder en amont, de manière à appréhender au mieux une potentielle situation de crise, telles que : le choix de lieux d'accueil/de soins communautaires/de répit, la manière dont la personne souhaite que les désaccords entre ses soutiens soient réglés, ce qu'elle attend et n'attend pas de ses soutiens quand elle va très mal, ce qu'elle est en mesure de faire par elle-même quand elle est en crise, si elle est en mesure ou non de donner son consentement à la sexualité pendant ses crises, d'éventuelles modifications de ses envies sexuelles pendant les crises, et les recommandations à donner à son entourage à ce sujet.

Actuellement fière de ce travail, je suis curieuse de voir, si malheur survient, et qu'une énième hospitalisation est nécessaire, comment ce plan de crise sera appliqué, ou pas.

Nous l'avons rempli en discutant de chaque point, en parlant des préférences d'Aïle en cas de « crise », de ses attentes et aussi des médicaments et « soins » inacceptables. Il s'agissait à la fois d'utiliser ce support pour faciliter les échanges, de garder une trace écrite des décisions prises, tout comme de soutenir Aïle au mieux, dans la perspective d'une potentielle hospitalisation. Aïle a aussi eu l'idée de s'écrire une lettre à son « elle du futur », qu'elle nous a confiée, afin que nous puissions la lui transmettre en cas de nécessité, pour qu'elle puisse se donner les conseils utiles pour se mettre à l'abri, avec ses mots et sa propre écriture. Nous avons fait notre maximum pour qu'ensemble, un autre avenir se dessine et que d'autres possibles émergent...

Il était important pour moi de laisser cette lettre en les mains de personnes de confiance, personnes qui, avant de m'emmener vers

338. Rappelons ici que, selon une posture narrative, il ne s'agit pas en soi d'être « pour » ou « contre » la consommation de médicaments mais de soutenir un questionnement visant à déterminer dans quelle mesure ils contribuent à la qualité de vie et à ouvrir des possibilités d'action ou, au contraire, ils y nuisent. Cf. canevras de questions proposé par Michael White en 1995, cité par David Demborough, « Traitements médicamenteux », in *Dictionnaire politique consacré aux pratiques narratives*, op. cit.

339. « Plan d'action en cas de crise », publié sur le site Zinzinzine, adapté de Mary Ellen Copeland.

l'hôpital, souhaitent essayer autrement. Charlie et Seb m'ont invitée à ne pas hésiter à venir me reposer chez eux si le besoin de faisait sentir. Cette lettre m'y convie, par mes mots, car en phase haute, très haute, je n'écoute plus personne, même les voix les plus douces et raisonnées. Voilà une alternative à ce problème.

À cette même période, Ailie fréquentait le centre psychiatrique de jour dans lequel elle rencontrait un infirmier une fois par semaine. Après la conception du plan de crise, elle le lui a présenté, avec enthousiasme.

L'infirmier fronçait légèrement les sourcils, esquissant un sourire à la lecture du document. Il m'a indiqué que c'était une bonne première approche d'un travail qu'il prévoyait d'entreprendre lui-même avec moi les semaines suivantes. Il a déposé le plan de crise ZinzinZine sur le bureau, puis présenté à mes yeux de nouvelles feuilles, plus « officielles » selon lui. Les questions y ressemblent, mais sont bien plus brèves. Ce sont celles-là qui feront foi...

Profitant de la douceur d'une soirée hivernale, j'ai eu l'occasion de partager avec Ailie le *manifeste des personnes dérangeantes*. Elle l'a beaucoup apprécié et s'est reconnue dans la description que j'ai faite d'elle. Je lui ai aussi parlé de cette idée un peu folle, ayant germée dans ma tête suite à la co-écriture de ce texte, d'organiser une performance-lecture dans les jardins de l'hôpital psychiatrique, perspective qui l'a amusée et motivée. Nous avons projeté ensemble les meilleures manières d'ameuter le maximum de monde au même endroit pour faire entendre la voix des personnes opprimées par le système... Nous imaginer crier ce texte pour nous faire enfin entendre nous a amené beaucoup de joie, tout comme les moments partagés en famille, le plaisir des bons repas de Seb et autres craquages au fromage (fondu !) ou au chocolat.

Cohabitant avec Ailie pendant plus de deux mois, nous l'avons patiemment accompagnée, jusqu'à ce qu'elle trouve l'appartement qui lui convienne et qu'elle se sente suffisamment bien pour y vivre...

J'écris ces lignes presque six mois après mon emménagement. Je n'imaginai pas, au début, à quel point le fait de s'installer chez MOI et de toucher une entrée d'argent suite aux démarches AI³⁴⁰, finalement voulues et acceptées, m'apporteraient stabilité et réconfort mental. Les mois passés chez Charlie et Seb m'ont permis de démarrer cette nouvelle étape en douceur et en confiance, déjà plus

apaisée. Je n'aurais pas imaginé un autre déroulement car à ma sortie j'étais pleine d'anxiété, d'angoisses, d'envie de rien. J'avais besoin d'être entourée, on m'a offert cette chance. Avec le recul, je vois que mes années de vagabondage m'ont beaucoup appris mais fortement ralentie. Sans point de chute fixe et personnel, je ne me reposais pas vraiment, laissant l'esprit à ses dépens. Beaucoup de course à la recherche de l'impossible.

Ailie, je me rappelle, quelques jours après ton arrivée chez nous, combien c'était précieux de doucement et longuement démêler tes cheveux qui te donnaient un air de diablesse, te raser les côtés de la tête comme tu le souhaitais et te retrouver telle que tu es : une inspirante rebelle ! Merci pour tout ce que tu m'as enseigné au fil des mois... T'accompagner a profondément changé ma vie !

Merci à toi, à vous, pour votre force, votre écoute, votre savoir et votre art de vivre.

Qu'est-ce qu'il nous reste à dire qu'est-ce qu'il nous reste à vivre ?



*L'impression que le passé ronge
le présent
à ne plus permettre de futur
décent
Dément
Cette sensation de passivité sur
l'activité des plus puissants
Puisent cent remords valorir un
seul pardon ?
Seulement une larme, un récon-
fort aidant
Parlant
De mes méfaits je me défais du
mal causé.*

Poème d'Ailie, hiver 2022.

Autoportrait réalisé à l'hôpital, automne 2022

340. Assurance Invaliddité : en Suisse, ce système d'assurance donne droit à des prestations en cas d'incapacité de gain, résultant de problèmes de santé (physique ou psychique).

Et toi, lectrice

- Prends un moment pour faire le point en toi suite à l'exploration de ce témoignage : quelles émotions ou sensations particulières se sont invitées ? As-tu pensé à des situations vécues et/ou accompagnées ? Lesquelles ?
- À quels éléments de l'indignation d'Alie, en tant que personne concernée, as-tu pu te connecter ? En quoi ?
- Avec quels éléments de l'indignation de Charlie, en tant que proche aidant.e, as-tu pu résonner ?
- Qu'est-ce que nommer les injustices et honorer les actes de résistance permet ?
- Quels espoirs et valeurs décèles-tu dans leur témoignage vers une culture du soin ?
- En récoltant la parole de personnes indignées, en tant que professionnelle, comment œuvrer à ne pas offrir uniquement des solutions individuelles mais contribuer à orienter l'énergie de l'indignation vers un changement social plus large ?
- Comment contribuer concrètement à relier entre elles les personnes « dérangeantes » et indignées pour cheminer vers plus de justice sociale ?
- En tant que professionnelle, quels éléments structurels te contraignent à des attitudes en inadéquation avec ta propre éthique du soin ?
- Comment s'exprime ta propre indignation ? Vers quels engagements précieux l'indignation te mobilise-t-elle ?
- Comment œuvrer pour transformer les contextes sociaux oppressifs qui se cachent dans le monde du soin vers la promotion de la diversité et de la solidarité ?

Créer et faciliter des « réseaux d'intentions »³⁴¹

« Retrouver sa dignité, c'est se réapproprier la beauté et éloigner les normes qui nous rabaisent, nous avilissent, ainsi que les contextes qui produisent et reproduisent de la normalisation. »

Tania, paire praticienne en santé mentale

Restaurer les manières propres aux communautés de guérir est particulièrement important en approche narrative, puisque cela contribue à la **justice sociale**³⁴². La chercheuse en relations internationales et justice sociale

341. Ce terme est défini dans l'encadré, p. 53.

342. Andy Dawes & Alcinda Homwana, cités par David Denborough, *L'Approche Narrative Collective. Quelles réponses apporter aux individus, aux groupes et aux communautés qui ont vécu un trauma ?*, op. cit., p. 17. Pour une définition de la justice narrative, cf. encadré p. 54.

Vanessa Pupavač³⁴³ relève, qu'avant les années 1980, on pouvait observer la création spontanée de communautés thérapeutiques gouvernées par les personnes affectées elles-mêmes. Celles-ci développaient leurs propres méthodes de soins leur permettant de surmonter des pertes, des traumatismes et des souffrances psychiques, sans l'intervention de professionnel·les du système de santé biomédical, et décidaient aussi par elles-mêmes des formes de justice à revendiquer.

Cependant, dès les années 1980, des formes d'interventions professionnelles *top-down* issues de modèles de type risques-vulnérabilités ont été mises en place. L'implantation de ces dernières a conduit à court-circuiter les réponses communautaires et individuelles spontanées à l'adversité, ainsi que les réponses culturellement appropriées concernant la santé mentale³⁴⁴. Dans un mouvement alternatif favorisant davantage de justice sociale, il s'agit donc de soutenir la réappropriation par les personnes/familles/communautés de leur **légitimité à prendre soin de leur santé de façon autodéterminée** et de leurs capacités à le faire. Il est également question de soutenir les communautés souhaitant agir de manière à transformer leurs environnements afin que ceux-ci soient davantage protecteurs pour toutes et qu'elles ne se retrouvent pas affectées par le même événement adverse de façon récurrente.

Retrouver sa légitimité à prendre soin par soi-même de sa santé et se sentir en capacité de le faire grâce à une mutualisation collective des pratiques de soins, c'est ce que proposent toutes sortes de collectifs et d'initiatives dont nous souhaiions nous faire l'écho ici.

En Suisse, le festival citoyen « Prenons soin ensemble » promeut le passage d'un modèle de soins basé sur le profit à un modèle basé sur la coopération et l'entraide³⁴⁵. En France, l'association parisienne la « Maison perchée » – fonctionnant entièrement avec des pair-es aidant-es – promeut elle aussi un modèle de soins basé sur une aide mutuelle permettant de grandir et de trouver son propre chemin vers le rétablissement.

En approche narrative, le **rétablissement** correspond au ré-ajustement de la personne à son environnement, et inversement. « Dans cette perspective, c'est l'adéquation de sens pour la personne observée qui est recherchée, adéquation qui s'inscrit dans un contexte culturel et social. Le sentiment de désajustement entre l'environnement et la personne devient alors la souffrance narrative ».

343. Vanessa Pupavač, « Global Disasters Management and Therapeutic Governance of Communities », op. cit.

344. Mohamed Ibrahim, « Mental Health in Africa », in Martina Morrow et Lorraine Halinka Malcoe, *Critical Inquiries for Social Justice in Mental Health*, op. cit., p. 125 ; Vanessa Pupavač, « Global Disaster Management and Therapeutic Governance of Communities », op. cit. ; Derek Summerfield, « How scientifically valid is the knowledge base of global mental health ? », op. cit., p. 993.

345. À retrouver en ligne sur le site « Open Village ».

france psychique. Le rétablissement serait le ré-ajustement de l'un à l'autre, le problème ne naissant pas uniquement au sein de la personne, le contexte devant peut-être aussi être ajusté. »³⁴⁶

Le collectif français « Zinzin Zine » met à disposition, en ligne, une foule d'outils théoriques et pratiques visant à soutenir l'autodétermination et la réappropriation par les personnes de leurs manières de comprendre et de prendre soin de leurs diverses atypies et souffrances. On y trouve notamment le guide pour « Survivre à la psychose et éviter l'hôpital »³⁴⁷ et le guide des « Stratégies pour faire face à l'entente des voix, aux visions et aux sensations tactiles inhabituelles » du Réseau des entendeur-euses de voix³⁴⁸. Plusieurs ressources, écrites par des personnes concernées, œuvrent à la prévention du suicide, comme le cahier « Aider ses ami-e-x-s qui ont parfois envie de mourir à ne peut-être pas mourir », pour « les chelou-e-x-s, les tordu-e-x-s et les queers »³⁴⁹.

Le projet ICARUS est un réseau de soutien et de partage pour les personnes avec des façons diversifiées d'expérimenter le monde. La notion de **justice sociale** est prépondérante dans cette communauté qui encourage les **pratiques d'aide mutuelle et la reconnexion entre guérison et libération collective**. Parmi les outils co-construits, se trouve la petite brochure *Cartographe* qui permet de « se fabriquer des ressources pour se faire du bien quand on vit une crise ou un moment pas cool » et qui peut être « écrite, colorée, gribouillée et même pailletée », ainsi que partagée avec des ami-e-s. *Cartographe* propose d'aborder conjointement les indices d'une crise, les problèmes de santé mentale qui font souffrir/sont difficilement supportables, les déclencheurs et les ressources pour que cette crise n'advienne pas/n'empire pas et que l'on se sente mieux. De nombreuses pistes pratiques sont exposées. Par exemple, face à la solitude, il est proposé de réfléchir à l'éventualité que celle-ci puisse être une ressource plutôt qu'un problème ou encore de s'écrire des petites phrases comme « Je suis valable et j'ai le droit d'exister, même si j'ai des particularités mentales/cognitives/émotionnelles. » Des phrases à compléter visent à accéder à des ressources en cas de crise : « Si mes amis pensent que je vais mal et que je ne réponds pas, iels peuvent... » ou « Mes besoins immédiats en cas de crise/malaise/pétage de

346. Le rétablissement ainsi envisagé s'inscrit dans la *perspective eupychologique*. Charlie Crettenand et Rodolphe Soulignac, *La Thérapie Narrative : cultiver les récits pour dignifier l'existence*, op. cit., p. 34.

347. Ce guide a été librement adapté de la brochure de Jim Hindle (2005-2009), disponible en ligne.

348. Rappelons ici que Michael White a été à l'origine du premier groupe d'entendeur-euses de voix en Australie dès la fin des années 1980, nommés « Power to Our Journeys ». Cf. Charlie Crettenand et Rodolphe Soulignac, « Entendre des voix », in *La Thérapie Narrative : cultiver les récits pour dignifier l'existence*, op. cit.

349. Ce terme est défini dans l'encadré, p. 192.

plombs/angoisse/problème de santé, ce sont... » Pour aller plus loin dans les ressources et les forces, « Le guide de navigation en eaux troubles » est un cahier à remplir seul-e ou à plusieurs.

Mentionnons enfin les *Mad Maps* qui ont pour but de permettre aux personnes vivant avec des atypies, des particularités psychiques / cognitives / émotionnelles d'identifier les oppressions qu'elles vivent, les effets de ces oppressions sur leur vie, leurs façons d'y faire face et de transformer leurs communautés. Les *Mad Maps* sont un guide à compléter permettant d'aboutir à la création de sa propre « carte ». Les personnes sont ensuite invitées à la partager avec le reste de la communauté.

Cet écho des initiatives reste éminemment partiel, local et situé dans nos pratiques. Nous vous invitons donc à poursuivre l'exploration dans votre coin de pays, selon vos spécificités et vos affinités.

Nous souhaitons vous proposer de découvrir comment la voix des personnes concernées et leur expertise peut être sollicitée dans la formation en soins infirmiers, et contribuer à façonner des pratiques inclusives.

Vers une communauté de pratiques en soins infirmiers contre les inégalités sociales par Agnès, Carla, Marinette, Tania et Vita

« J'ai une copine qui voulait accéder à un musée, elle a sorti sa carte APS³⁵⁰. La réceptionniste a pris sa carte et lui a dit : « Mais vous êtes jeune et vous n'avez pas de chaise roulante. Êtes-vous sûre que c'est bien votre carte ? » »

Carla, paire praticienne en santé mentale.

Ce sont les étudiantes en soins infirmiers qui ont attiré notre attention et révélé l'importance que les futures soignantes soient davantage habilitées à reconnaître et diminuer les effets des inégalités sociales sur la trajectoire de vie des personnes en soins. Lors de travaux portant sur le développement de soins inclusifs auprès de personnes appartenant à des groupes minorisés, un collectif d'étudiantes soutient : « Nous avons démontré [...] la nécessité de se rassembler pour aller vers un but commun [...] Cette idée de

350. Assurance-Invalidité suisse.

rassemblement peut donc se concrétiser sous la forme d'une communauté de pratiques. »³⁵¹

C'est ainsi qu'a débuté la mise en place d'une recherche action participative « Luites sociales et soins » co-créée entre un collectif de personnes concernées par les inégalités sociales et des étudiants en soins infirmiers, accompagnés par l'équipe pédagogique comprenant Mélanie Schmittler, Mathieu Turcotte et moi-même (Agnès)³⁵². Avec l'accord des co-participants, déroulons le fil de cette aventure collaborative.

Afin d'œuvrer à la création d'une communauté qui porterait au-devant de la scène les inégalités sociales et les soins requis pour les diminuer, l'équipe pédagogique a rassemblé, durant l'été 2021, un collectif de personnes concernées composé de :

- des membres de l'Association Rainbow Spot, soutenant les personnes migrantes LGBTQ+ ;
- Marinette H. de l'Association des Familles du Quart Monde de Renens, soutenant les personnes vivant des situations de grande pauvreté ;
- Carla, Vita et Tania du Réseau romand des pairs praticien·nes en santé mentale, soutenant la promotion et l'implantation de cette profession ;
- Léon de l'Association Salin, proposant des interventions en milieu scolaire sur les questions de genre/identité/inclusion.

Nous nous sommes entendus sur une intention commune de réaliser une action pour diminuer les inégalités sociales, en particulier dans le domaine des soins et de son enseignement. De manière à ne pas reproduire des injustices, il était indispensable de :

- placer au centre les *savoirs particuliers et locaux* traditionnellement soumis à des connaissances globales et universelles issues de disciplines universitaires³⁵³ ;
- éclairer les *oppressions structurelles* participant au développement et/ou au maintien de difficultés de vie impactant le bien-être et la santé ;
- respecter la Charte élaborée par nos soins sur la base de cinq questions : que souhaitons-nous cultiver ? Que souhaitons-nous tenir à distance, élotigier,

351. Francesco Errede, Sébastien Reysset, Myriam Estevez Janna, « Transphobie et soins : En appliquant le cadre théorique des soins fondés sur les forces et les ressources (L.N. Gottlieb, 2014), de quelle manière les différents réseaux de la communauté LGBTQIA+ peuvent-ils influencer la posture professionnelle infirmière en regard de la communauté transgenre ? », *Institut et Haute École de la Santé La Source*, 2021. ; Olivier Hostettler et Muriel Wuillemin, « Travail de Bachelor : participation à l'étude « Lutte sociale et soins » TB LSS : Que devrait contenir une brochure informative spécifique aux infirmières pour offrir des soins inclusifs aux personnes trans* ? », *Institut et Haute École de la Santé La Source*, 2021.

352. Au sein de l'Institut et Haute École de la Santé La Source à Lausanne, Suisse. Dans la suite de cette partie, et à sa demande, Mathieu Turcotte sera nommé Mathy.

353. Michael White et David Epsion, *Les Moyens Narratifs au Service de la Thérapie*, Satas, 2003, p. 25.

mettre de côté ? Quels sont nos souhaits, nos intentions, nos objectifs ? Quelles sont nos besoins, nos attentes et qu'avons-nous envie d'apporter ? Qu'est-ce qui est indispensable pour nous sentir en sécurité ?

Externalisation et réappropriation

Les personnes concernées formaient trois groupes : appartenance à une minorité de genre (membres de l'Association Rainbow Spot, et Léon), trajectoire de rétablissement en santé mentale (Vita, Tania et Carla), trajectoire de précarité (Marinette H.). L'histoire propre aux luttes portées par ces groupes comprend des éléments assez spécifiques ou distincts : l'appartenance à une minorité de genre est notamment liée au développement de nombreuses conceptualisations/théorisations et l'avènement de cursus universitaires (comme les études genres) ; le parcours de rétablissement en santé mentale comprend une recherche d'émancipation par rapport aux connaissances du domaine de la psychiatrie, ainsi qu'une appropriation et une diffusion à large échelle de savoirs d'expériences, pratiques de soins autonomes et conceptualisations propres.

Concernant la trajectoire de précarité, Marinette H. relève que l'engagement des personnes concernées se heurte à l'obtention de résultats très maigres, à l'imperatif de devoir répondre à des besoins fondamentaux ainsi qu'à l'ajustement face aux bouleversements inhérents à ces situations. Il en résulte une perte d'espoir, de motivation et de disponibilité, menaçant l'engagement à long terme dans un collectif luttant pour diminuer la précarité.

En fonction des inégalités rencontrées et de l'histoire de leurs luttes, chaque groupe a développé un répertoire de mots, de concepts, de souvenirs significatifs, se distinguant de celui des autres groupes pour nommer, donner du sens et interpréter les événements vécus.

Comment fédérer autour d'une action commune des personnes aux prises avec des inégalités, des histoires de luttes et des manières de comprendre ce qui leur arrive si différentes ?

Mathy, Mélanie et moi avons proposé une dénomination « citoyen·ne·x expert·e·x », ouvrant à la possibilité de donner de la place à la participation citoyenne dans l'univers académique et de formation. En outre, elle encourageait une **réappropriation identitaire**³⁵⁴ de leur vécu par les personnes concernées dans laquelle il était possible pour elles de concevoir leur propre expertise. Il a été convenu que chaque « citoyen·ne·x expert·e·x » raconterait individuellement sa vision des inégalités sociales avant de la partager avec l'ensemble des co-participants.

354. On parle aussi de « ré-autoriser », cf. encadré p. 207.

Pour faciliter ce récit, un vaste panel d'une soixantaine de photos – abstraites ou explicites, en couleurs ou non, artistiques ou figuratives – a été constitué³⁵⁵, comprenant notamment : des murs fissurés, des échelles/escaliers, des falaises/montagnes/précipices, des sols arides et craquelés. Les photos, utilisées comme des métaphores, offraient la possibilité d'**externaliser**³⁵⁶, sous la forme d'images, les **oppressions** vécues par les personnes concernées. Ce procédé permet de situer les oppressions à l'extérieur des personnes et de les envisager comme existant en raison d'un contexte structurel³⁵⁷. En outre, l'**externalisation** prévient une marginalisation qui peut se produire quand les identités des gens sont subsumées à des étiquettes diagnostiques³⁵⁸.

Dans un dialogue avec les étudiantes, chaque « citoyen-e-x expert-e-x » était invité-e, à partager quelques photos choisies parmi ce large répertoire. Ce récit mettait en lumière son rapport aux inégalités sociales et offrait la possibilité de renouer avec des histoires préférées jusque-là mises de côté, négligées ou oubliées.

Les étudiantes prenaient également la parole à partir d'une image choisie, représentative de leurs propres représentations des inégalités sociales. Ainsi une **multivocalité de récits interrelés** a vu le jour, appelant à des résolutions, des rebondissements, des approfondissements et d'autres ouvertures possibles concernant les façons de concevoir les inégalités sociales.

L'une des injustices de la psychiatrie occidentale résidant en la réduction, l'ignorance ou la minimisation du récit que la personne fait de ses expériences³⁵⁹, deux récits associés sont intentionnellement dépliés ci-après.

Carla est une paire praticienne en santé mentale (PPSM). Selon le *Réseau romand des pairs praticien-nes*, un-e PPSM « est un-e professionnel-le de la santé qui a souffert d'un trouble psychique ou d'une addiction. Après avoir progressé sur la voie du rétablissement et pris assez de recul sur son vécu, iel a accompli une formation certifiante afin de soutenir le rétablissement d'autres personnes. Iel a ainsi un rôle d'expert-e par expérience »³⁶⁰. Carla a échangé, à partir des cartes choisies, avec les étudiantes Soumaya et Lidia³⁶¹.

355. Par une équipe d'étudiantes dans le cadre de leur travail de Bachelor.

356. Ce terme est défini dans l'encadré, p. 35.

357. Janet Adams-Wescott & Deanna Isenbart, 1996, citées par Teresa Legowski & Keith Browhale, « Working with Metaphor in Narrative Therapy », *Journal of Family Psychotherapy*, vol. 12, n°1, 2001, p. 21.

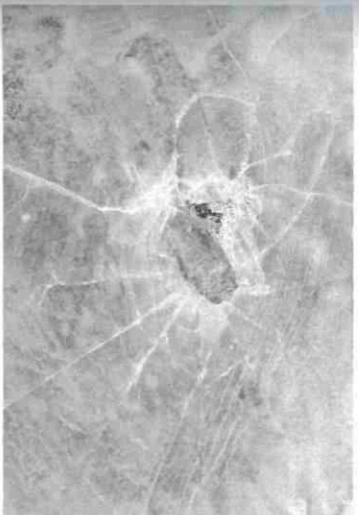
358. Gene Combs et Jill Freedman, Narrative, « Narrative, Poststructuralism, and Social Justice : Current Practices in Narrative Therapy », *The Counseling Psychologist*, vol. 40, n°7, 2012, p. 1040

359. Miranda Fricke, *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, 2007, p. 44.

360. Consultable sur le site re-pairs.

361. Ce texte est issu de la transcription d'entretien réalisée par Soumaya Chouck et Lidia Fernandes José dans le cadre de leur travail : « Travail de Bachelor : participation à l'étude « Lutte sociale et soins » TB LSS : santé mentale », *Institut et Haute École de la Santé La Source*, 2022. Il a été revu avec Carla et adapté pour la présente publication.

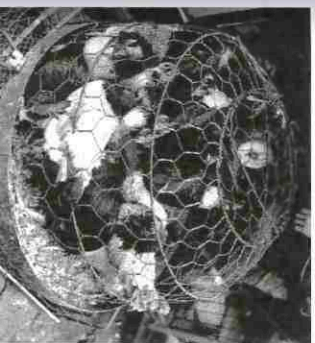
Le diagnostic³⁶²



Carla : Cela représente pour moi le moment du diagnostic. Tu es en détresse et il y a tout qui se fissure, comme si ta vie partait en lambeaux. Ta pathologie chronique est inscrite dans les dossiers électroniques et tu perds absolument toute crédibilité face aux professionnels de la santé. Même si tu te

plains de très très fortes douleurs, tu passes pour une « folle » auprès du personnel soignant, alors que tu aurais besoin d'une véritable auscultation. Dans les interactions avec les autres, dans la vie courante aussi, avec un diagnostic au-dessus de la tête, tu perds toute crédibilité, tu n'es plus valable. Comme je vivais en plus avec le stigmate selon lequel les personnes avec ce diagnostic sont agressives, je passais tout mon temps à m'excuser et à argumenter dès que j'étais fâchée par quelque chose. Jusqu'à ce qu'un ami me dise : « Face à un problème, c'est humain et tout-à-fait normal de se positionner, de ressentir de la colère et de le dire ». Quand tu as un diagnostic au-dessus de la tête, on t'a déjà laminé en tant que personne. Tu perds beaucoup : ta famille, ton travail, ton entourage. Il ne te reste plus que toi et tes principes. Pour moi, et ceux qui partagent ma sensibilité, tout le monde est capable et valable.

L'asile psychiatrique³⁶³



Carla : Cela me fait penser aux asiles psychiatriques et les poulets sont comme les aliénés enfermés dedans à l'époque. Soumaya et Lidia : Par rapport à votre propre expérience, vous sentiez-vous comme en prison à l'hôpital ?

Carla : Oui, je me sentais emprisonnée dans ma tête (bridée, sédatée, lobotomisée) et physiquement aussi. Demander comment une personne souhaite être soignée, cela ne coûte rien, c'est juste un peu plus humaniste. Recenser les envies, les besoins de la personne, c'est un travail qui est à faire. En amont, ce travail permet

362. Christian Regg (@chris_regg), photo libre de droit, Unsplash, 2018.

363. manas280 (@manas280), photo libre de droit, Unsplash, 2019.

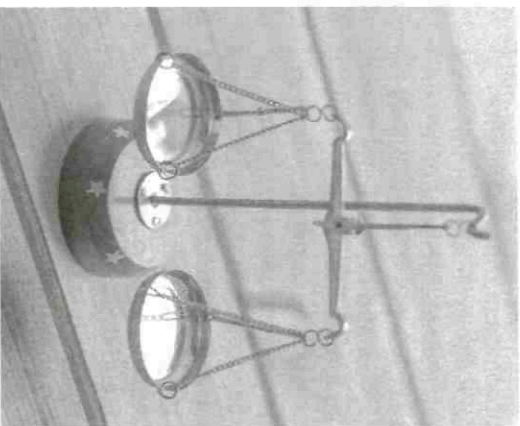
de déboucher sur un plan de crise³⁶⁴ ou une autre forme d'entente sur ce qui devrait être fait. L'important, c'est qu'il y ait un accompagnement soignant et des discussions qui permettent à la personne de se connaître et de faire connaître ses besoins.

La balance³⁶⁵

Carla : La balance représente la justice. Quand on parle de troubles psychiques, en particulier de ceux qui peuvent impliquer des mises sous curatelle, on est face à des restrictions. On est aussi confronté e à des prises en soins face auxquelles on n'a pas la capacité, ni la possibilité de se défendre, on est démunie. Dans notre système, on n'a plus le pouvoir, ni sur soi, ni sur l'environnement, ni sur sa vie, ni sur rien.

Sounnya et Lidia : S'il y avait des émotions qui accompagnent cette photo, ce seraient lesquelles ?

Carla : La tristesse et l'envie de me battre pour donner de l'énergie aux autres. Quand on est au plus bas, on ne se rend pas compte qu'on peut s'en sortir. Il est donc nécessaire que des personnes insuffisent de l'énergie à ceux qui sont au plus bas et essaient de désigner, d'enlever les étiquettes attribuées, par exemple celle de « patients ».



364. Le plan de crise est écrit par la personne concernée. Il comprend généralement une liste d'alertes précoces lui indiquant qu'une « crise » pourrait survenir prochainement, ainsi qu'une liste d'alertes signalant qu'une « crise » est en cours. Pour chacune de ces listes des mesures à prendre sont écrites. Le but est de pouvoir se référer au plan de crise afin de prévenir une « crise » ou d'en diminuer l'intensité et la durée.

365. Elena Mozhvilo (@miracleaday), photo libre de droit, Unsplash, 2020.

La spirale³⁶⁶



Carla : Je me suis sou-vent vue dans une spirale comme celle-là. Quand on est en bas – au fond du gouffre – on n'arrive pas bien à se défendre face aux inégalités comme celles issues des prises en charge soignantes. Quand on est un peu plus en haut dans la spirale, on arrive davantage à s'affirmer face aux autres.

Face au trouble et à l'enchaînement des événements, tu te retrouves au fond du puits et en même temps, tu aimerais être plus haut et rejoindre un équilibre. Pour moi, cela correspond au fait de s'écouter, d'avoir de la considération pour ses propres rythmes et besoins, d'apprendre à se comprendre et à prendre en compte, dans sa vie, son propre mode d'emploi.

Sounnya et Lidia : Quand vous regardez cette photo, est-ce qu'il y a un geste, un acte ou un accomplissement que vous aimeriez faire ?

Carla : J'aimerais bien installer un filet, pour qu'on puisse s'accrocher et ne pas tomber. Un filet qui pourrait évoluer. Pendant un temps, mon filet de sécurité, c'était mes liens avec une équipe ambulatoire, qui m'offrirait la possibilité de rester dormir la nuit si besoin, ce qui permettrait d'éviter les hospitalisations. Cela me rassurait, c'était un filet de sécurité important, que je ne voulais pas rompre. Aujourd'hui, mon filet de sécurité, c'est moi. J'ai suffisamment de connaissances sur moi. J'ai une sorte de baromètre personnel et je sais très bien, en fonction de ce que je ressens, ce qu'il faut que je fasse : mes différents « warnings » m'indiquent ce que je dois mettre en place. C'est un protocole personnel que j'ai élaboré principalement seule et avec la contribution de mon médecin traitant. Certains « warnings » sont plus faciles à détecter que d'autres. Par exemple, « l'énergie incroyable » n'est pas évidente à identifier par soi-même. C'est pourquoi je garde des liens avec des personnes de confiance, comme mon médecin traitant, qui peuvent m'avertir de la présence de « l'énergie incroyable ».

366. Jean-Luc Benazet (@jeanlucbenazet), photo libre de droit, Unsplash, 2019

Dans le récit de Carla, je (Agnès) suis sensible à la force de ses *actes de résistance*, de ses relations significatives soutenantes et de ses *savoirs de guérison*³⁶⁷. Carla relève qu'il s'agit « d'enlever les étiquettes attribués, comme celle de paria », et c'est ce qu'elle fait au quotidien en tant que PPSM dans ses interventions auprès des équipes de soins et dans des formations de professionnel·les de la santé.

En Suisse, les personnes « en situation de handicap » psychique ou physique sont administrativement catégorisées entre « capables » ou « non capables », cette dernière catégorie permettant l'octroi de certaines formes de prestations de l'Assurance-invalidité³⁶⁸. « L'AI suisse relie l'invalidité non seulement à la santé, donc au paradigme médical, mais encore à l'aptitude à occuper un emploi. Cette définition découle d'un principe de hiérarchisation des individus selon leurs capacités, ce qui signale un rapport social capacitiste. »³⁶⁹

Carla résiste aux effets du diagnostic et du **capacitisme**³⁷⁰ en campant sur ses valeurs et en se reliant à d'autres les partageant. La persistance de la *conviction d'être valable* et, donc, de pouvoir trouver par soi-même ses propres manières de se soigner, lui a permis de se distancer de l'ingérence d'une gouvernance par d'autres de son parcours de santé, d'éloigner de sa vie les effets des stéréotypes préjudiciables influençant les jugements concernant sa crédibilité³⁷¹ et d'insuffler à d'autres l'espoir de trouver leur propre chemin.

« Les mots mis sur les souffrances vécues donnent une orientation, qui aide notamment à se rapprocher de personnes avec qui partager ces vécus. C'est une source de réconfort. »

Carla

Poursuivons avec Tania, PPSM et membre de l'association re-pairs, et son dialogue avec les étudiantes Semira, Charlotte et Alexandra.³⁷²

367. David Demborough, *L'Approche Narrative Collective. Quelles réponses apporter aux individus, aux groupes et aux communautés qui ont vécu un trauma ?*, op. cit., p. 77.

368. « L'assurance invalidité suisse définit l'invalidité comme la diminution de la capacité de gain (financier) par l'emploi, permanente ou de longue durée, qui découle d'une atteinte à la santé (Loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 [LAI] art. 4). » Monika Piecsek, Jean-Pierre Tabin, Céline Perrin et Isabelle Probst, « La normalité en société capacitiste » : Une étude de cas (assurance invalidité suisse), *Sociologies*, n° 6412, 2017.

369. *Ibid.*

370. « Le capacitisme désigne le système d'oppression qui désavantage les personnes dites handicapées et privilégie les personnes valides. », *Ibid.*

371. Miranda Fricker, *Epistemic Injustice : Power and the ethics of knowing*, op. cit.

372. Ce texte est issu de la transcription d'entretiens réalisée par Semira Ibrahim Mohamed, Charlotte Spielier et Alexandra Yossef dans le cadre de leur travail : « Travail de Bachelor : Travail de validation participation à l'étude 2 Lutte sociale et soins 2 : perspective précarité ». *Institut et Haute Ecole de la Santé La Source*, 2022. Il a été revu avec Tania et adapté pour la publication.

La beauté³⁷³



Tania : C'est une marque de luxe et il y a un sans-abri qui est assis devant. Je suis assez sensible à la beauté, qui ne peut pas se résumer à une histoire de pouvoir se payer un objet particulier, cela va au-delà. C'est pouvoir intégrer de la beauté dans sa vie comme, par exemple, de pouvoir toucher un beau bouquet de fleurs, de pouvoir voir et entendre des enfants jouer et rire.

Pour moi, on peut être considéré·e comme tout-à-fait « sain·e » – dans une vision normalisante selon laquelle les personnes saines sont celles qui n'ont pas de diagnostic – et avoir une vie quotidienne remplie de normes et exemple de beauté qui finit par vous avilir. Il y a cette idée d'accompagner l'autre, pour qu'il puisse concevoir ce qui est beau selon sa propre vision. Il s'agit donc de lui offrir la possibilité de quitter le territoire des normes – particulièrement présentes dans les institutions – pour accéder à celui de la beauté.

Dans l'institution d'hébergement où je travaille, la plupart des personnes viennent de la rue ou ont un parcours de vie cabossé, et je remarque à quel point elles n'ont plus accès au beau. J'ai mis en place une activité en tant que paire pratique : nous allons manger au restaurant une fois par mois. En outre, chaque samedi, je leur propose d'aller acheter des produits de qualité à prix réduits. La société leur a progressivement ôté la possibilité d'accéder à de belles choses, que ce soit de la bonne nourriture, de la tendresse, de l'amour, de la sexualité, et elles ont internalisé le fait qu'elles n'y ont pas droit. Selon moi, il s'agit de trouver des formes d'interventions qui ne me mettent pas dans une situation d'être complice d'une vision libérale et capitaliste qui met en échec les gens parce qu'ils n'arrivent pas à correspondre aux normes et aux attentes.

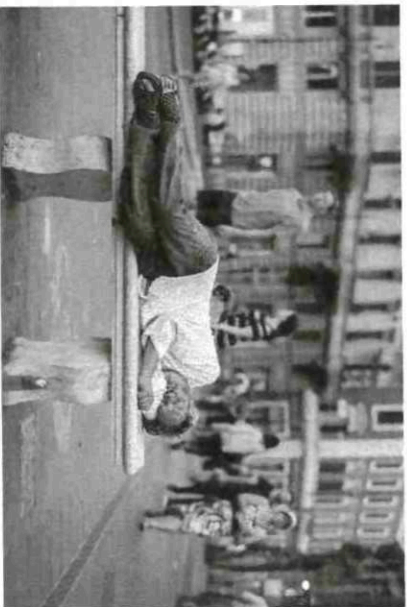
La beauté, c'est quelque chose qui nourrit l'âme. Les expériences permettant de se relier à la beauté conduisent à des interrogations personnelles telles que : qu'est-ce qui fait sens pour moi en termes de beauté, qu'est-ce que j'aime et que je trouve beau ? Ces expériences de la beauté et les questionnements qu'elles suscitent ouvrent des portes pour donner des significations différentes à ce

373. Max Bohme (@max_thehuman), *photo libre de droit*, Unsplash, 2019.

que l'on vit. Par exemple, on peut estimer que les expériences de nos confrontations aux normes présentes dans notre vie quotidienne participent à cultiver des sentiments pénibles et une vision de soi de l'ordre de l'indignité, alors que les expériences dans lesquelles on se relie à la beauté génèrent des émotions et conceptions de nous-mêmes différentes.

Aux personnes qui me disent « Tu penses bien que le beau n'est pas leur priorité, mais plutôt de manger et de dormir », je réponds que ça compte beaucoup, au contraire ! Se donner la possibilité d'avoir accès au beau permet de se relier à quelque chose qui n'est pas abîmé en nous.

L'indifférence³⁷⁴



Tania : Ce que je vois dans cette photo, c'est l'indifférence. On s'habitue à voir des gens dans la détresse et à ne pas réagir quand quelque chose nous bouleverse. Pour moi, le fait de combattre cela fait partie des impératifs à préserver. Sinon, comment pourrais-je me plaindre de cette société, puisque moi-même j'aurais participé à la catastrophe de l'indifférence sans lever la main, ni hausser le ton ?

Dans notre société, ce qui constitue la base essentielle pour que nous puissions vivre ensemble sans être désespéré·es – les soins aux plus fragiles qui vivent des injustices – n'est absolument pas suffisamment considéré. J'ai lu une publication dans laquelle un étudiant demande à une anthropologue : « Comment voit-on qu'une civilisation va bien ? » Elle lui répond : « On le voit par les femurs. Une société dans laquelle on ne s'occupe pas de celle-là qui a le femur cassé, est une société malade. » Prendre soin est donc le propre d'une société saine. Pourrant aujourd'hui, les gens qui prennent soin sont invisibilisés.

Curiosité³⁷⁵



Tania : Dans cette photo, on voit des personnes qui regardent devant elles et une autre qui les observe avec curiosité. Ce qui me touche, c'est de sauvegarder la capacité – malgré nous et malgré les événements – d'être intéressé·e par l'autre.

Les propos de Tania m'ont (Agnès) fait penser à ceux du sociologue Hartmut Rosa selon lequel notre corps tout en entier est constitué comme un organe

de résonance avec le monde. Lorsque nous pouvons entrer en résonance avec le monde, il devient une source d'inspiration stimulante à laquelle notre corps réagit. Ainsi, nous participons au flux de la vibration du monde³⁷⁶, nous pouvons être incluses dans sa beauté et éprouver de l'émerveillement. Ce processus de résonance réciproque entre soi et le monde ouvre à la possibilité d'être transformées, de contribuer à son façonnement, de vivre des expériences significatives en regard de nos valeurs, de ce qui compte véritablement pour nous. « Ces expériences laissent des traces en nous à partir desquelles nous pouvons construire une narration de notre vie »³⁷⁷ ; ceci nous conduira peut-être à souhaiter les renouveler, à œuvrer pour qu'elles surviennent à nouveau dans la vie de tous les jours.

À l'issue de ces entretiens entre « citoyen·e·x·s expert·e·x·s » et étudiantes, chaque récit richement décrit et étoffé a donné lieu à la création d'une affiche, documentant de manière personnalisée ces rencontres et faisant ressortir les thèmes majeurs.

³⁷⁵ Jonathan Kho Ming Jun (@halkakedphotos), photo libre de droit, Unsplash, 2021.

³⁷⁶ Hartmut Rosa. *Résonance. Une sociologie de la relation au monde*, la Découverte, 2018, p. 403.

³⁷⁷ Hartmut Rosa, *Aliénation et Accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, La Découverte, 2012, p. 3.

« Check tes privilèges » De la documentation à la contribution collective

L'une des façons dont l'approche narrative soutient la *justice sociale* est de permettre aux personnes luttant contre des problèmes apparentés de se relier entre elles afin qu'elles puissent partager collectivement leurs connaissances de ces problèmes, leurs façons de ne pas être recrutées par eux et leurs histoires préférées alternatives. Pour le dire avec les thérapeutes narratifs Gene Combs et Jill Freedman : « Quand les personnes joignent leurs voix ensemble, il est plus probable qu'elles soient entendues dans la société plus large. Elles sont moins marginalisées »³⁷⁸. Il s'agit de faciliter la création de *réseaux d'intentions*.

Nous avons ainsi organisé une soirée, en mai 2022, durant laquelle les affiches individuelles³⁷⁹ ont été présentées à l'ensemble des personnes impliquées, à la manière des *cérémonies définitionnelles*.

Cérémonie définitionnelle

Forme d'action collective, décrite par l'anthropologue culturelle Barbara Myerhoff³⁸⁰, reprise par Michael White. La métaphore de la cérémonie définitionnelle structure les rituels et conversations qui reconnaissent et « regradent » la vie des gens, au travers de la description riche de leur vie, de leur identité et de leurs relations. Elle aboutit à une déclaration de dignité d'une personne, en ancrant son identité dans la culture et l'histoire sociale du groupe.³⁸¹

Durant cette rencontre, les « citoyen-ne-x-s expert-e-x-s » ont été invités à co-créer une affiche collective afin d'honorer chaque cheminement individuel tout en « tissant ensemble les talents et les savoirs d'un certain nombre de personnes traversant des épreuves et des difficultés. »³⁸². Il nous importait que celle-ci, rendant compte d'oppressions et de souffrances, témoigne également des intentions, volontés, actes et *savoirs de résistance*³⁸³. Mélanie, Mathy et moi-même, en tant qu'enseignant-e-s, souhaitions qu'elle respecte le langage des « citoyen-ne-x-s expert-e-x-s » ; il s'agissait de nous abstenir

378. Gene Combs & Jill Freedman, « Narrative, Poststructuralism, and Social Justice : Current Practices in Narrative Therapy », *op. cit.*, p. 135

379. Élaborées sur la base des entretiens individuels, il s'agit d'une sorte de *documentation narrative* telle que définie dans l'encadré, p. 108.

380. Barbara Myerhoff, 1982, citée par Michael White et David Epston, *Les Moyens Narratifs au Service de la Thérapie*, *op. cit.*, p. 198.

381. Adapté à partir de David Denborough, « Cérémonie définitionnelle », in *Dictionnaire politique consacré aux idées narratives*, La Fabrique Narrative, disponible en ligne, 2020.

382. David Denborough, *L'Approche Narrative Collective. Quelles réponses apporter aux individus, aux groupes et aux communautés qui ont vécu un trauma ?*, *op. cit.*, p. 63.

383. *Ibid.*, p. 73.

de nous emparer de leurs expériences pour la transférer dans notre univers académique, ce qui aurait conduit à les redécrire et à leur attribuer une identité altérée³⁸⁴.

L'affiche collective comprenait les trois thèmes suivants : 1) Les luttes systémiques auxquelles nous sommes soumis-es, 2) nos volontés de sortir de cette systémique, 3) différents types d'actions à entreprendre. Pour répondre concrètement à ce dernier point, nous avons élaboré ensemble, avec un nouveau collectif d'étudiant-es, une campagne « check tes privilèges »³⁸⁵. Nos intentions étaient de permettre aux étudiant-es de reconnaître et comprendre leurs *privilèges*³⁸⁶ (et leurs effets), ainsi qu'utiliser ce savoir au bénéfice des autres et promouvoir, à leur échelle, la *justice sociale*.

Oppressions, impacts et résistances

Comme le souligne la psychologue Rachel Hare Mustin, spécialisée dans la justice sociale et les études genre : « Les discours éclairent certains phénomènes et en obscurcissent d'autres »³⁸⁷. Nous souhaitions ainsi rendre visibles des récits alternatifs, ne contribuant pas à maintenir et à nourrir les discours dominants sur les inégalités sociales. Pour cela, il s'agissait d'éclairer des expériences particulières qui donnent à voir la complexité de la vie des gens leur faisant face.

Selon les philosophes Gilles Deleuze et Félix Guattari, nous habitons tous dans des territoires qui sont associés à une série de concepts et de manières de vivre. En créant des environnements qui permettent aux étudiant-es de vivre des expériences différentes, nous souhaitons leur offrir la possibilité de trouver des *lignes de fuite* qui leur permettent de *sortir de leurs territoires habituels pour rejoindre d'autres territoires* ; cette *déterritorialisation* offrant alors d'autres possibilités de concevoir la vie, son identité et celle des autres. Les *lignes de fuite* sont partout, cependant elles peuvent se trouver en dehors du champ d'expérience de la personne³⁸⁸.

384. Inspiré de Michael White et David Epston, *Les Moyens Narratifs au Service de la Thérapie*, *op. cit.*, 2003, p. 196. Au sujet de la redéfinition des expériences et récits des personnes par l'expertise professionnelle, cf. Chapitre 1 « Retour aux sources politiques de la narrative ».

385. Cette campagne comprenait la diffusion d'un test « Check tes privilèges » — via un site internet créé pour l'occasion — auprès des 610 étudiant-es en Bachelors de l'école et la réalisation d'une journée de finissage comprenant six ateliers portant sur les inégalités sociales, destinée à la volée de 3^e année. Nous vous invitons à effectuer le test sur le site : checktesprivileges.com. Nous vous remercions attentivement que ce test n'inclut pas la question du racisme qui serait à développer comme suite à cette étude. Pour aborder cette thématique, cf. Chapitre 7 « Le soin est politique ! Explorations d'autres territoires pour incarner la justice sociale et la dignité », p. 225.

386. Ce terme est défini dans l'encadré, p. 196.

387. Rachel T. Hare-Mustin, « Discourses in the Mirrored Room : a Postmodern Analysis of Therapy », *Family Process*, vol. 33, 1, 1994, p. 20.

388. Gilles Deleuze et Félix Guattari (1987), cités par Sarah Walter et Maggie Carrey, « Narrative therapy, difference and possibility : inviting new becomings », *Context*, 2009, p. 4.

Lignes de fuite, déterritorialisation et reterritorialisation

Le concept de lignes de fuite, proposé par les philosophes Gilles Deleuze et Félix Guattari, désigne des lignes qui s'éloignent des points de lutte produits par une relation de pouvoir pour se diriger vers un autre lieu, un autre territoire (mouvement de *déterritorialisation*). Cet autre territoire, plutôt que d'être compris comme un lieu exempt de relations de pouvoir, est un autre espace de vie dans lequel les gens peuvent penser différemment (mouvement de *reterritorialisation*). Ces territoires se dessinent et s'explorent à la manière du *rhizome*, structure vivante en devenir, évoluant en permanence³⁸⁹, vers une écologie des savoirs (de Sousa Santos).

C'est pourquoi, nous souhaitons permettre aux étudiant·es de vivre des expériences nouvelles de manière à ce qu'ils puissent conscientiser des différences – dans leurs actions, pensées, émotions, sensations, conceptualisations, interactions – propices à l'identification de *lignes de fuite*.

Le collectif d'étudiant·es a récolté les témoignages de personnes concernées par des problèmes concrets rencontrés lors de leurs confrontations aux inégalités et des formes de résistance déployées. Nous proposons des extraits du récit de Vita³⁹⁰, paire praticienne et membre de l'association re-paire, et de Marinette H.³⁹¹, membre de l'Association des Familles du Quart Monde de Renens. Ces récits sont livrés ici dans une optique de partage et d'entraide.

Entraide et Espoir, par Vita

Léo a 6 ans, séparation de ses parents. Léo a 8 ans, son père, sans emploi et en fin de droit, cesse de me verser la pension alimentaire.

Ce qui était important pour moi ? Que chaque parent lui offre un cadre sécurisant, favorisant la confiance, soutenant le développement de son autonomie.

389. John Winslade, « Education as a line of flight », *Explorations. An E-Journal of Narrative Practice*, vol. 1, 2010, p. 70-77.

390. Ce texte est issu de la transcription d'entretiens réalisée par Jeanine Gex-Collet, Chamala Housson et Linzaghi Sabrina dans le cadre de leur travail : Travail de Bachelor : participation à l'étude « Luites sociales et soins » : *Perspective Santé mentale*, 2023. Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Il a été revu avec Vita et adapté pour la publication.

391. Ce texte est issu de la transcription d'entretien réalisée par Jérémy Egger et Emma Ruedin dans le cadre de leur travail : « Travail de Bachelor : participation à l'étude « Luites sociale et soins » TB LSS : Perspective précarité », *Institut et Haute Ecole de la Santé La Source*, 2023. Il a été revu avec Marinette H. et adapté pour la publication

Quel choc quand ça s'écroule ! Cadre paternel fluctuant, incohérent avec mes valeurs. Mes préoccupations plongent dans mon sommeil, me maintiennent en éveil. Sentiment de perte. Je sombre dans la dépression. La dépression m'assombrit.

Léo a 10 ans, j'arrête de travailler. Démarches administratives comme une montagne ingérable. Ralentissement cognitif, pertes de mémoire. Vieillessement prématuré.

Pourtant, j'ai frappé à toutes les portes. Même les plus improbables, même les plus fermées. Les amicales, les officielles, les spirituelles, toutes celles auxquelles je pouvais penser.

Long et périlleux chemin. Humiliant aussi. Marasme de sensations, entre l'angoisse et la dépression.

Ce dont j'aurais eu besoin ?

À l'hôpital psychiatrique : de chaleur humaine, d'un programme bien rempli, de collaboration avec l'équipe, de la présence de ma famille et de mes proches.

À la maison : de soutien concret à domicile, d'être entouré, d'autres formes d'entraide, de pouvoir cohabiter avec d'autres personnes, qu'on se mobilise pour que je puisse me reposer, connaître des exemples de personnes qui s'en sont sorties, voir le bout du tunnel.

Ce qui m'a fait du bien ?

Un repas convivial hebdomadaire chez les voisin·es, aller courir avec les voisin·es, chanter dans un chœur, la psychiatre qui m'écoute et me prend au sérieux.

Maintenant que j'ai traversé ces épreuves, je me dis que du moment que je respire, que mon cœur bat, il y a toujours de l'espoir. À travers mon vécu, je me dis que l'être humain a des ressources incroyables...

À travers les témoignages récoltés, le collectif étudiant·in a pu mettre en évidence que les « citoyen·ne·x·s expert·e·x·s » rencontraient des problèmes résultant des inégalités dans leurs relations avec les institutions socio-administratives, dans leurs relations avec le système de santé et dans leurs relations interpersonnelles, et ont réalisé l'impact identitaire des inégalités vécues. Écoutons Marinette H. à ce propos.

Préserver ma dignité, par Marinette H.

Concernant la santé, il faut faire des choix. Moi, je veux maintenir mon droit aux soins par rapport au diabète et à ma santé mentale, et peut-être que j'arriverai à aller un jour chez le dentiste. Quand on est pauvre, on est sûr e qu'on va avoir droit au minimum comme d'habitude et du coup, cela nous fait peur de consulter un dentiste parce qu'on se demande bien de quoi sera fait ce minimum.

Un jour, j'ai dû aller à l'hôpital pour une radiographie. Au centre de radiologie, il y avait deux soignants. Je les entendais parler de moi, l'un d'entre eux disait : « Oh, si j'avais des jambes comme ça, je me cacherais dans un trou. » Je me sentais comme un monstre. Je n'étais pas venue pour qu'on me critique mais pour qu'on me soigne.

Préserver son estime de soi et sa confiance dans ce contexte est terriblement difficile. Un jour, j'ai dû me présenter à un entretien en vue d'une réinsertion. Je m'étais levée tôt, habillée au mieux et j'avais effectué un long trajet payé de ma poche. La professionnelle en me recevant m'a dit : « À votre place, j'irai me refaire la dentition. » À l'époque, il me manquait une dent au beau milieu de la bouche, mais, sur le moment, j'ai pensé que je n'étais pas là pour qu'on fasse mon procès, j'étais là pour qu'on trouve des solutions au niveau professionnel.

En ce qui concerne les relations avec les institutions socio-administratives, il devrait y avoir un minimum financier garanti pour qu'on puisse vivre et non survivre. Il faudrait réajuster les barèmes concernant les montants des aides financières allouées. On doit dire adieu à tout ce qui peut créer du lien social comme le restaurant, les loisirs, le théâtre, le cinéma. Ces renoncements perpétuels vous mettent moralement par terre. Au-delà de ces renoncements, tu dois tout le temps faire face à des gens qui te font des reproches de ne pas avoir payé ceci ou cela, ou qui te demandent de justifier que tu aies bel et bien payé ceci ou cela. Il y a aussi toute cette papérasse qui nous est imposée et qui est difficilement compréhensible. Tout cela est épuisant sans compter que tu dois calculer tout, tout le temps ; dès que tu as résolu un problème, un autre survient, ce qui est très stressant et angoissant. Par ailleurs, se retrouver dans la situation d'être « assistée » n'est pas un choix personnel.

Ce qui compte, c'est d'arriver à préserver ma dignité et, dans ce sens, je souhaite que mon nom figure sur ma tombe au cimetière même si je n'ai pas d'argent. Enfin, pour moi, l'important aussi, c'est d'affronter les problèmes et de les régler petit à petit tout en domptant l'envie de tous les résoudre tout de suite.

Grâce à ces précieux témoignages, des ateliers ont été créés pour intégrer l'ensemble des étudiantes de 3e année. Les connaissances et résistances de Marinette H. face à la précarité ont inspiré la co-création, avec les étudiantes Amandine et Régine³⁹², d'un atelier permettant d'expérimenter des situations de non-choix cornéliens³⁹³.

Intersectionnalité³⁹⁴

Tous les récits dépliés ci-dessus sont issus de personnes de genre féminin. Le récit de Véra met particulièrement en évidence l'intersection entre oppressions liées au genre féminin et oppression liées à un parcours de rencontre avec des difficultés psychiques. Il démontre à quel point la responsabilité du *care* et le travail concret du *care* des femmes reste invisibilisé et que, par conséquent, les offres en soins de santé mentale et les interventions sociales sont encore insuffisamment adaptées et dotées en ressources pour répondre correctement aux besoins résultant de cette charge, afin de soutenir la trajectoire de rétablissement d'une femme seule avec un enfant.

L'absence de réponses adéquates ou les réponses inadaptées contribuent à exacerber la détresse de la personne et, donc, à freiner son parcours de rétablissement. En outre, une mise en mots de cette responsabilité du *care* et du travail concret associé par les professionnel·les de la santé est nécessaire. Elle permet d'interroger les besoins particuliers et spécifiques en découlant comme celui d'avoir du répit ou encore celui de se sentir légitime et légitimée à pouvoir déléguer de manière sécurisée tout ou une partie de cette charge afin de libérer un espace pour prendre soin de soi tout en préservant ses liens précieux avec ses relations estimées.

Par ailleurs, dans son récit, Tania interpelle notre rapport au *care* – au prendre soin – et porte au-devant de la scène l'impératif de se soucier d'autrui, de porter une attention à l'autre, propre au *care*. Alors que le souci de l'autre, y compris du plus vulnérable, est typiquement attribués aux femmes et aux groupes socialement dévalués, Tania interpelle chacune à prendre la responsabilité du *care* et à s'occuper des plus vulnérables.

Le récit de Marinette H. éclaire particulièrement les attentes portées sur le corps des femmes, qui doit rester mince, jeune, fonctionnel et doté d'un visage avenant. Dans nos sociétés, la valeur morale d'une femme (ou personne attribuée/identifiée comme telle) se base sur son apparence. Les injonctions sont nombreuses avec des conséquences parfois dramatiques

³⁹² Régine Célia Lugrin et Amandine Noémie Saugy, « Travail de Bachelors : participation à l'étude « Lutte sociale et soins » TB LSS : précarité, santé mentale, genre », *Institut et Haute École de la Santé La Source*, 2023.

³⁹³ La structure de l'atelier s'inspirait fortement de l'escape game en ligne SPENT.

³⁹⁴ Ce terme est défini dans l'encadré, p. 194.

(d'où l'explosion des difficultés autour d'anorexie/boulimie, par exemple)³⁹⁵. En outre, son récit éclaire les attitudes psychologiques attendues des femmes qui doivent être de l'ordre du contrôle de soi, y compris de leurs « humeurs » et de leurs « impulsions ». Lorsque ces manifestations témoignent d'une **révolte féminine en réponse à des injustices sociales**, elles peuvent se retrouver catégorisées comme étant le résultat de maladies mentales³⁹⁶. Enfin, dans l'histoire de Marinette, on observe une multiplicité de couches d'oppression liées notamment à l'âge, à l'attribution d'un genre féminin, à la précarité, à des différences fonctionnelles et à des rencontres avec des difficultés psychiques.

Il y a encore beaucoup de chemin à faire pour que les structures de soins et les institutions sociales présentent des réponses qui correspondent aux besoins des femmes, notamment celles traversant une **trajectoire de précarité**³⁹⁷.

« On doit créer des ponts pour rejoindre le vécu de l'autre et vraiment le comprendre. Si grâce aux ponts créés, on peut changer la manière de comprendre d'une seule personne, alors c'est gagné ! Quand c'est toute la vie qui a été impactée par la précarité – du début à la fin –, c'est une réalité pesante à supporter. L'écoute permet d'apaiser cette pesanteur. De même que le partage et la réalisation de quelque chose qui fait sens pour toi, car cela te sort de ta solitude et de ton sentiment d'impuissance. »

Marinette H.

Résonances, par Agnès

Mes intentions, en tant qu'enseignante, étaient de permettre aux étudiantes de découvrir d'autres manières de comprendre la souffrance psychique qu'à travers les modèles biomédicaux³⁹⁸ et les diagnostics. Je souhaitais qu'iels se rendent compte que les inégalités structurelles contribuent largement à cette souffrance et qu'il est possible – et même parfois franchement judicieux – d'intervenir directement sur ces éléments structurels pour les modi-

395. Charlie Cretenand et Laurie. « Témoins de la résistance anti anorexie/boulimie », in Charlie Cretenand et Rodolphe Soulignac. *La thérapie narrative : cultiver des récits pour dignifier l'existence*, op. cit., p. 126-127. Cf. Chapitre 9, « Écrire la pratique narrative : récits de voyages », p. 309.

396. Charlie Cretenand, Erwen Gibwyt et Rodolphe Soulignac. « La folie et le genre : pathologiser les femmes* », in Charlie Cretenand et Rodolphe Soulignac. *La thérapie narrative : cultiver des récits pour dignifier l'existence*, op. cit., p. 171.

397. On notera à ce sujet, l'ouverture de la « Maison des Lionnes » un lieu d'hébergement se situant à Renens en Suisse, conçu par et pour les femmes dans le contexte d'une recherche action participative, information en ligne sur reiso.org.

398. On relève à ce sujet les modèles de George Engel et de Joseph Zubin particulièrement utilisés dans notre contexte : George L. Engel, « The Need for a New Medical Model : a Challenge for Biomedicine », *Science, New Series*, vol. 196, n° 4286, 1977, p. 129-136 et Joseph Zubin et Bonnie Spring, « Vulnerability : A new view of schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 86, n° 2, 1977, p. 103-126.

fer. Je souhaitais également qu'iels conscientisent leurs propres *privileges/oppressions* et qu'iels collectent des savoirs et expériences leur permettant de se sentir légitimes et aptes à explorer la question des inégalités avec les personnes en soin et l'équipe soignante.

Initier de tels dispositifs implique d'oser faire bouger les habitudes dans un milieu de formation académique. Avant grandi dans une famille monoparentale avec très peu de ressources sociales et économiques, j'ai interrogé très tôt les normes et règles encadrant les façons de vivre et les comportements : qui les a édictées ? À qui profitent-elles réellement ? Quel *statu quo* maintiennent-elles ? Telle ou telle autre manière de faire ou de concevoir amènerait-elle une différence ? Concevoir les normes et règles comme hautement contextuelles et inhérentes à certains groupes valorisés m'a très certainement été utile pour trouver l'énergie nécessaire afin de négocier les obstacles rencontrés durant cette recherche.

Par ailleurs, il m'importe tout particulièrement que les soins infirmiers – que je pratique en tant qu'infirmière indépendante et que j'enseigne – soutiennent des formes de production de savoirs aboutissant à de nouvelles connaissances utiles pour les humains et à des interventions permettant des changements locaux concrets. C'est-à-dire **des formes de savoirs soutenant les capacités de résilience des communautés** face aux multiples crises et événements adverses vécus, **ainsi que leur pouvoir d'agir pour se soigner par elles-mêmes**, surmonter les difficultés vécues et agir sur les éléments structurels qui en sont à l'origine.

En demandant aux étudiantes : « En quoi sortez-vous transformées par votre participation à cette recherche ? », iels relèvent :

– *posture professionnelle* : renforcer notre conscience de nos *privileges*, devenir davantage humbles, développer notre ouverture d'esprit, nous sentir davantage en proximité avec des formes d'inégalités, mieux reconnaître les particularités de personnes minorisées et approfondir encore les dynamiques derrière la problématique des inégalités sociales ;

– *pouvoir d'agir* : sentiment d'avoir reçu les clés sur les façons dont on peut mobiliser la voix de personnes peu écoutées et entendues ; réaliser que notre travail, nos voix, nos avis comptent et permettent d'ouvrir des portes jusque-là fermées ; importance de mettre nos privilèges au service de davantage de *justice sociale* et de nous engager politiquement de manière à augmenter la conscience des inégalités, sentiment d'être en mesure d'établir des actions concrètes pour et avec les personnes, et ce malgré un cadre institutionnel clinique pas forcément soutenant ;

– *souhaits et futures actions* en tant qu'infirmières : continuer à invier la lutte sociale dans notre quotidien ; identifier concrètement les éléments structurels participant aux inégalités sociales ; explorer les oppressions intersectorielles vécues par les personnes en soins ; agir comme allié.e.

Les « citoyen·e·x·s expert·e·x·s » se sont senties reconnues, considérées et prises au sérieux. Participer à changer les représentations accroît l'espoir et l'énergie, ce qui alimente l'envie de poursuivre les luttes. Ce travail commun a soutenu une prise d'autonomie et une émancipation par rapport aux attitudes dominantes. En effet, plutôt que de considérer les vulnérabilités comme uniquement propres à certaines personnes – ce qui produit des jugements, des stigmatisations, voire des « mises à mort » –, les interventions co-créées ont permis une prise de conscience et une intégration que les **vulnérabilités sont universelles et impactées par les oppressions structurelles**.

Ces retours nourrissent chez moi le vœu de renforcer cette communauté de pratiques autour des inégalités sociales. Les étudiant·es Catarina³⁹⁹, Océane et Yann⁴⁰⁰ ont partagé l'importance d'agir pour créer davantage de collaboration au sujet des inégalités sociales avec la pratique clinique. Le défi est d'y inclure des professionnel·les exerçant dans des milieux variés. L'alliance forte créée entre étudiant·es, « citoyen·ne·x·s expert·e·x·s » et enseignant·es pose les bases pour le renforcement de cette communauté.

Pour conclure, voici le témoignage des étudiantes Lou Anna et Noémie : « Le rôle d'*advocacy* était au centre de cette recherche qui nous a initiées à une pratique infirmière plus émanicipée des normes, plus politique et plus inclusive. [...] Nous sommes convaincues que nous aurons un rôle à jouer dans la pratique clinique afin de continuer la conscientisation des inégalités sociales et des déséquilibres de pouvoir dans les soins. Nous sommes heuréses d'avoir reçu, la proposition de co-animer, avec les "citoyen·ne·x·s expert·e·x·s", une nouvelle édition de la journée de finissage qui nous permettra de former des futur·es soignant·es avec un regard quelque peu modifié par notre nouveau statut d'alumni et d'infirmier·ères de terrain, et de poursuivre un apprentissage perpétuel concernant les inégalités sociales. »⁴⁰¹

Pratiques intentionnelles d'inclusivité pour célébrer la divergence

Nath Weber

« Nous ne devons pas avoir peur d'essayer de faire une différence. »
Gillian Proctor⁴⁰²

« Si ma psy avait eu conscience des oppressions systémiques, beau-coup d'énergie et de temps auraient été gagnés. Si elle connaissait le vocabulaire propre aux questions LGBTQ+ aussi. Idéalement, j'aurais aimé que ma psy soit capable d'avoir elle-même un discours « situé » au lieu de se penser comme « objective ». »⁴⁰³

Divergence(s) ?

Immersion dans une histoire ordinaire de divergence⁴⁰⁴

De bon matin, Alex s'assied à la table d'une terrasse pour boire un café : « Qu'est-ce que je vous sers, Madame ? » interroge la per-sonne du service. « C'est Monsieur », pense intérieurement Alex, n'osant pas intervenir à voix haute. Il ouvre le quotidien local, période électorale, y découvre un encart : « L'UDC est le seul parti qui s'engage concrètement contre la sexualisation croissante dans

402. Gillian Proctor, *The Dynamics of Power in Counseling and Psychotherapy: Ethics, Politics and Practice*, PCCS, 2017, p. 179.

403. Ce chapitre sera parsemé d'extraits de témoignages issus de l'enquête en ligne menée sur les expériences et besoins des personnes LGBTQ+ en matière de santé psychique, Charlie Cretenand et Nath Weber, 2019. Le terme « psy » est utilisé dans ces témoignages de manière générique pour désigner psychologue, psychothérapeute ou psychiatre.

404. Ces « histoires ordinaires » ont été écrites par Charlie dans l'intention d'illustrer le vécu de certaines personnes accompagnées.

399. Catarina Pereira Dos Santos, « Travail de validation participation à l'étude TB LSS 2 : Perspective santé mentale », *Institut et Haute École de la Santé la Source*, 2023.

400. Océane Bilschman et Yann Paraire, « Travail de validation participation à l'étude TB LSS : Perspective genre », *Institut et Haute École de la Santé la Source*, 2023.

401. Noémie Binggeli et Lou-Anna Eckert, « Travail de validation participation à l'étude TB LSS 2 : Perspective Genre », *op. cit.*, p. 50-51.