



ASSOCI





PENSER ENSEMBLE

Septembre 2022 : un désir est né d'initier un groupe de réflexion autour de problématiques liées aux relations entre l'art, le soin, la citoyenneté, ouvert à toutes et à tous, aux artistes, aux personnes en parcours de soin, aux soignant.e.s et toute personne désireuse d'y participer. De l'Open source IRL (*In the Real Life*), inclusif et citoyen.

Le groupe de réflexion Art, Soins, Citoyenneté voit ainsi le jour avec le souhait de mettre en partage nos expériences, de développer nos ressources, à travers une démarche collaborative. En ouvrant cet espace d'écoute et de libre parole, avec au centre nos vulnérabilités et en partant d'expériences vécues, le sentiment d'une manière régénérante de penser ensemble est très vite apparu, comme une nécessité, une brèche démocratique dans l'espace social. Espace-temps d'expression de paroles souvent invisibilisées, ces réunions invitent à mobiliser et mutualiser les ressources de chacun.e. Chemin faisant, on propose de nouvelles représentations, on lutte contre les stigmatisations et la marginalisation des troubles et neuro-divergences. Tout au long de ces réunions — auxquelles ont pris part en deux ans environ 150 personnes — on parle de soins et d'art, on parle de parcours de vie. C'est à partir de la fabrique vivante de pensée de ce groupe de réflexion participatif que s'ancre le réseau Art, Soins, Citoyenneté.

Né en 1983 dans la mouvance de la psychothérapie institutionnelle au Centre Hospitalier Montperrin à Aix-en-Provence, le 3 bis f - centre d'arts contemporains s'inscrit dans une approche du soin élargie, relié à toutes les facettes de la vie sociale, au cœur aujourd'hui des pratiques orientées rétablissement. Une pleine santé implique l'inscription de toute personne dans une communauté de vie et de relations qu'elle choisit pour elle-même, incluant une relation à l'art et la culture.

Le 3 bis f illustre depuis quarante ans la richesse des apports mutuels et réciproques de la création artistique et du milieu hospitalier, des structures de soins et d'accompagnement, et plus largement de ce que l'on nomme les lieux d'accueil inconditionnels. La nécessité de (re)fonder nos sociétés à partir d'une *écologie de l'attention*¹ devient de plus en plus impérieuse, dans un monde devenu ontologiquement vulnérable. Solidarité, entraide, soutien mutuel, savoirs partagés ouvrent la capacité à faire expérience à partir de laquelle connaître, comprendre et habiter le monde.

Faisons réseau Art, Soins, Citoyenneté.

Jasmine Lebert - Directrice du 3 bis f



A

r

t

S

o

i

n

C

i

t

o

y

e

n

n

e

t

é

Cette édition a été pensée comme un journal de bord des réunions mensuelles du groupe de réflexion Art, Soins, Citoyenneté et en partage le cheminement, à partir de quelques citations.

| | | | |
|--------------|---|--------------|--|
| <i>p. 3</i> | Préface | <i>p. 32</i> | Élaboration des thématiques de réflexion de la saison 2023 - 2024 |
| <i>p. 15</i> | Pourquoi et comment mettre en place un groupe de réflexion mensuel Art, Soins, Citoyenneté? | <i>p. 32</i> | Art, soins, hospitalités : les espaces agissants |
| <i>p. 15</i> | Femmes en milieu hospitalier psychiatrique | <i>p. 34</i> | Du soin à l'art, de l'art au soin : qu'est-ce que le soin qui fait déclic? |
| <i>p. 17</i> | Pair aidance et rétablissement | <i>p. 36</i> | La citoyenneté dans le soin : points de repère |
| <i>p. 18</i> | Communauté art & soins : quels soutiens mutuels? | <i>p. 39</i> | Récits et discours entre art et soins : liant des (im)possibles? |
| <i>p. 19</i> | Comment sortir d'un sentiment de solitude pour les soignant.e.s? | <i>p. 40</i> | Art, soins, citoyenneté : de la plasticité dans les diagnostics |
| <i>p. 20</i> | Pratique de jeu de rôle et dystopie : spéculer nos mieux-être, réinventer nos places | <i>p. 41</i> | De l'art dans le soin : quelles temporalités, quelles cartographies? |
| <i>p. 21</i> | Relations soignants/soigné.e.s : pratiques corporelles, engagement sensible | <i>p. 43</i> | Langages du corps |
| <i>p. 22</i> | Jeunesse et santé mentale : prendre en compte les nouvelles fragilités | <i>p. 45</i> | Prises en soins, démarches artistiques en milieu de soins : quel dialogue? |
| | | <i>p. 48</i> | Ressources |

Pourquoi et comment mettre en place un groupe de réflexion mensuel Art, Soin, Citoyenneté?

Les objectifs de ce groupe de réflexion sont posés par l'équipe du 3 bis f, des membres du Conseil d'administration de l'association Entr'acte qui porte le projet du 3 bis f, avec les personnes présentes à cette première réunion.

Groupe de réflexion ouvert aux problématiques liées aux relations entre l'art, le soin, la citoyenneté, ouvert aux adhérents de l'association Entr'acte, aux soignant.e.s, aux personnes suivies en parcours de soin et toute personne désireuse d'y participer. Nous y participons tous.tes en tant que citoyen.n.e, afin de mutualiser nos ressources, d'échanger autour de nos vécus, de nos expériences autour du soin, de l'art, de la prise en compte des fragilités psychiques et des possibles apports de l'expérience sensible, de la création artistique, des apports mutuels du soin et de l'art.

Femmes en milieu hospitalier psychiatrique

ML : Il serait presque nécessaire de créer un syndicat d'usagers. Il faut développer une culture de l'écoute.

IB : Aujourd'hui, en tant que femme paire dans un centre d'arts au sein de l'hôpital, l'envie de pouvoir proposer un cadre pour la parole des femmes est forte. Le ressenti de la victime, quel que soit son degré par rapport à des faits, raconte toujours quelque chose.

C : La santé mentale est un sujet pour tout le monde.

SR : Il est important de formuler les choses devant la personne. Souvent, les échanges sont plein d'humanité en staff, mais le résultat qui est donné au / à la patient-e tombe comme un verdict. Il est nécessaire d'ouvrir un espace d'écoute et de partage.

H : La place de l'infirmier est très compliquée en psychiatrie.

SR : Pour moi, ma position en tant qu'infirmier consiste surtout à être en relation avec des gens dans des espaces. Le patient fait tout, à 90%. Le spectre très large de l'accompagnement consiste aussi à ouvrir des brèches et à donner les outils nécessaires.

F & M : On travaille à lutter contre les stéréotypes, et notamment les stéréotypes de genre dans le soin.

CG : J'ai travaillé dans la production et la diffusion en spectacle vivant pendant cinq ans et travaille désormais à l'association JUST qui promeut la pratique Open Dialogue, une approche alternative à la psychiatrie classique, avec un service de psychiatrie mobile de l'APHM MARSS. Je suis aussi usagère. Cette méthode vient de Finlande, de l'hôpital de Keropudas en Laponie de l'Ouest où elle existe depuis les années 80. Elle s'appuie sur l'idée que, même pendant la crise, des choses importantes sortent : il est nécessaire d'écouter ce que la personne dit, quelle que soit l'intelligibilité, on convoque les proches aidants, on constitue une équipe avec l'entourage et deux thérapeutes. Tout se discute ensemble. L'idée de faire entendre toutes les voix, même si elles sont contradictoires et conflictuelles : c'est le « dialogue ouvert » en référence au dialogisme de Dostoïevski, qui permet de faire coexister plusieurs points de vue: moral, éthique et politique. Chacun parle de sa place. Et c'est à la personne de définir ses priorités. Peut-on tout dire devant la personne usagère ?

IB : Tout je n'en suis pas sûre, il y a besoin aussi d'un endroit pour déposer les choses en équipe.

M : Moi, je pense que oui, c'est possible.

Pair aidance et rétablissement

IB : « Rien sans nous ! » : le slogan de la pair-aidance depuis les années 60. Une des premières personnes à écrire sur son parcours de rétablissement, Patricia Digan, schizophrène, a été la première à dire que sa personnalité devait être prise en compte. Le principe de rétablissement ne vient pas s'opposer au système médical, il en est complémentaire. Il repose sur la capacité à se projeter dans l'avenir, s'inscrire dans un processus de vie au long cours, et ne dépend pas que de la médication. Une maladie en psychiatrie impacte tous les champs de la vie. On travaille à la modélisation d'un modèle de rétablissement selon cinq grands principes : Espoir, Soutien (développer son réseau de soutien autour de soi), Plaidoyer, Empowerment (pouvoir d'agir), Responsabilité. Montrer à la personne qu'il lui reste des forces. Les personnes souvent décentralisées de leurs propres vies.

F & M : La pair-aidance, c'est l'écoute et la considération, l'inscription dans une communauté, tout en vivant avec un trouble ou une neuro-atypie. Politiser l'intimité.

Communautés art & soin : quels soutiens mutuels ?

FA : L'art permet aussi de communiquer sur une certaine perte.

FP : J'ai écouté une émission sur France Culture que je souhaite partager avec vous, celle de Stéphane Madelrieux *La Philosophie des expériences radicales*. Il y développe une théorie très intéressante de désacralisation des expériences radicales, dont l'art fait partie. Il défend de développer la multiplication des bascules de la perception, de déradicaliser les expériences exceptionnelles. Il s'agit de réintégrer les expériences «radicales» dans le cours de nos expériences ordinaires pour mieux comprendre le quotidien. J'ai trouvé cela inspirant.

JL : Oui, cette théorie résonne aussi fortement par rapport à notre démarche au 3 bis f qui consiste à ouvrir des points de bascules, des sauts entre une manière d'évoquer l'impensé, l'accident ou l'irrationnel, comme le permet également la création artistique, et de créer des passerelles avec d'autres formes de vérité ou de rapports au réel.

Comment sortir d'un sentiment de solitude pour les soignant.e.s ?

JL : Comment dépasser ce sentiment de solitude généralisé dans les modalités de mise en œuvre des pratiques de soin ?

SR : Le soin est toujours partagé.

IB : Redéfinir ce qu'est le soin.

AM : Catherine Tourette-Turgis qui a fondé l'Université des Patients parle d'arrêter de parler de «prise en charge» mais de «prise en compte» ou encore de «prise en soin».

MM : La réciprocité du soin. Plus les soignant.e.s partagent leurs expériences avec les patient.e.s, plus le dialogue est fluide. C'est plutôt sain de demander régulièrement à la personne si ce qui se passe est OK pour elle.

JV : La psychophobie dans le milieu de la psychiatrie est un vrai sujet.

BD : Le soin, c'est la relation.

SR : On nous demande d'incarner une fonction, Or, on travaille avec nos ressentis. Il y a différentes écoles de pensées en psychiatrie, mais on revient toujours au fait que c'est une histoire de relations. L'injonction à être fort faite aux soignant.e.s peut être destructurante.

IB : C'est ce qui fait la particularité d'une équipe pluridisciplinaire, je le vois en réhabilitation psycho-sociale. On met en commun plusieurs disciplines, plusieurs compétences, ce qui permet de se sentir moins isolé.e.s pour concevoir le soin à plusieurs.

Pratique de jeu de rôle et dystopie : spéculer nos mieux-être, réinventer nos places

MM : On peut sortir du rôle du patient qui attend.

CL : Les thérapies ne sont pas destinées à nous emmener tous et toutes au même endroit.

MY : Être pairs, cela ne veut pas dire être pareils. C'est être avec quelqu'un comme son égal, et ça fait du bien. Je me questionne sur comment cela peut exister politiquement? Qu'est-ce qu'on fait des minorités et des majoritaires? Faut-il transformer les institutions?

MA : L'écoute paire, c'est celle de quelqu'un qui sait la traversée de la souffrance. On a besoin de récits de traversées de ce même type de douleur qui touche beaucoup de personnes.

JL / MM / FA : Tout est politique.

FP : Les histoires, les récits, les témoignages en pair aidance permettent souvent d'éviter l'hospitalisation.

AS : On a besoin de développer son pouvoir d'agir, de faire en sorte que la personne soit au centre du soin.

CL : Il n'y a pas de thérapie idéale. Aujourd'hui je serais bien incapable d'aller chercher un concept, en tant que psychologue, à droite à gauche, il faut de la mobilité dans les places. Il n'y a pas de solution miracle, il faut prendre en compte les fonctionnements différents et tenir compte du réel.

FA : Je crois aux équipes pluridisciplinaires.

Relations soignants / soignés : pratiques corporelles, engagement sensible

Mise en corps proposée par CN.

CN : J'ai proposé, avec cette pratique, une approche du groupe et de la rencontre, pratiquer le corps du groupe.

NL : C'est bien de pouvoir partager nos outils.

IB : J'ai vécu coupée de mon corps pendant très longtemps, tenue par le mental. Quelque chose s'exprime, passe par le corps, dans les pathologies. Un corps souffrant peut aussi devenir un corps aidant, aider au processus de rétablissement. Il faut pouvoir voir le corps comme un super-allié.

CG : Beaucoup de troubles ne sont pas visibles et pour autant, devraient être davantage pris en compte. La société a souvent besoin de «classer» les corps : corps malades, corps valides, en bonne santé...

AR : Mon corps est parfois invisible, j'ai du mal à communiquer avec lui chaque jour. Nous ne nous parlons plus depuis un moment.

FP : La question de savoir quelle relation on a avec son propre corps est très importante, cela peut nous couper de nous et des autres (...).

Un corps nous est donné et il s'inscrit au sein du corps social.

Le livre *Le Corps pensant* de Mabel Elsworth Todd parle de rapports entre la danse et des approches thérapeutiques, comment le corps réagit aux forces de la vie. Le corps est porteur de son propre sens, de choses qui sont importantes, que seul le corps sait parfois.

JL : «*Le corps n'est pas une chose, il est une situation : c'est notre prise sur le monde et l'esquisse de nos projets*». Simone de Beauvoir, *Le Deuxième sexe*.

Jeunesse et santé mentale : prendre en compte les nouvelles fragilités

JMB : J'ai initié une structure dans un quartier périphérique niçois, travaillant essentiellement à partir de la parole des personnes concernées.

LR : En trois ans, on a vu se multiplier par trois ou quatre les élèves en souffrance, on arrive souvent à un quart de la classe. On est complètement démunis : il y a une infirmière pour 2 000 élèves.

CV : La proportion de jeunes en détresse est également en très forte augmentation. Je me demande si c'était le cas auparavant, s'il y avait une cécité sur les troubles qui empêchait de les voir.

CG : Il y a une sorte de «trou» pour la tranche d'âge 18-25 ans, entre la prise en charge du côté de la pédo-psy pour les mineurs et les jeunes adultes. La jeunesse est glamourisée, on est censé aller bien. Si on n'a pas l'entourage familial qui peut avoir le rôle de proche-aidants. On peut vite avoir l'impression de foirer sa jeunesse.

MM : À cet âge de transition, on n'a pas de recul et souvent peu de ressources pour comprendre ce qui nous arrive, et l'on est submergé par les injonctions sur comment il "faut" vivre.

JMB : Il est important de revendiquer la légitimité à pouvoir contribuer au soin même en étant non-professionnel du soin.

CV : La sensibilisation à la santé mentale devrait faire partie de la formation des enseignants.

MK : Nous sommes là pour les aider et leur permettre qu'ils deviennent ce qu'ils et elles doivent devenir.

CV : J'ai pu mesurer la nécessaire adaptation de l'institution lors d'une expérience difficile avec un étudiant avec Trouble du Spectre autistique par rapport à un écrit à rendre, qui a créé un malentendu et un malaise

profond. On a évolué avec le LMD (Licence Master Doctorat) vers une forme de normativisation des études artistiques.

YB : Pour sortir d'une société validiste, les Podcasts avec des témoignages de patient.e.s sont une ressource très importante. Les médecins ont toujours été enseignés par leurs patients. Ces Podcasts permettent d'une part d'apprendre des personnes concernées, d'autre part pour ces personnes de trouver une communauté.

JMB : Faire évoluer le système de soin vers une alliance soignants/patients c'est créer des liens importants.

IB : Je souffre d'un trouble psychique et le savoir expérientiel me rend experte, j'ai donc pu en faire une psychoéducation (en collaboration avec une psychologue) à l'attention des personnes concernées.







Glossaire

Termes et concepts abordés au cours des réunions

 **Rétablissement** : Par rapport aux conséquences parfois dévastatrices d'une maladie mentale ou de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, le rétablissement se présente comme un processus de changement par lequel les personnes améliorent leur santé et leur bien-être, mènent une vie autonome, et s'évertuent à réaliser leur plein potentiel. Le rétablissement se réfère au développement d'une vie pleine et significative d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. Le mot rétablissement est la traduction du mot anglo-saxon « recovery »

 **Pair-aidance** : Personne concernée par des souffrances psychiques, qui par son savoir expérimentiel d'acquis sur un parcours de rétablissement, avec distance et analyse, peut accompagner d'autres pairs personnes concernées.

 **Patient.e expert.e** : Le patient-expert considéré comme un nouveau type d'acteur du système de santé, est toute personne qui, atteinte d'une maladie chronique, développe une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état.

 **Neurodiversité** : La neurodiversité désigne la variabilité neurologique, à savoir l'existence de plusieurs types de fonctionnements neurologiques différents chez l'être humain. Nous pouvons comparer la notion de neurodiversité à celle de biodiversité – qui considère la diversité d'écosystèmes, d'espaces et de gènes. La neurodiversité, elle, représente la diversité des cerveaux et esprits humains.

 **Psychose** : Terme générique désignant un certain nombre de troubles mentaux caractérisés par la perte de contact avec le réel, l'altération foncière du lien interhumain et l'inconscience habituelle des troubles par le sujet.

 **Méthode Open dialogue** : L'Open dialogue (OD) est une approche qui s'est développée en Finlande à partir de 1984, dans un contexte de transformation des soins institutionnels vers les soins ambulatoires. Portée par des praticiens et des chercheurs de l'hôpital Keropudas, cette stratégie est conçue pour accompagner les personnes traversant un épisode psychotique et leur entourage.

L'OD est régi par sept principes :

- l'aide immédiate (sous 24 heures)
- l'inclusion de l'entourage
- la flexibilité et la mobilité de l'équipe
- la responsabilité du suivi
- la continuité psychologique
- la tolérance à l'incertitude
- le dialogue et la polyphonie

À Marseille, l'OD s'implante actuellement au sein de quatre services extrahospitaliers de l'AP-HM et de l'association Just, qui porte le Lieu de répit. L'approche propose d'organiser et d'articuler les soins, à partir de l'écoute de l'utilisateur et de son réseau. En pratique, le réseau identifié par le patient est sollicité d'emblée, et des rencontres sont animées par une équipe dite « réflexive », composée de deux à trois professionnels. Chaque membre est invité à s'exprimer sur la situation (c'est la polyphonie) ; puis l'équipe réflexive reprend ce qu'elle a entendu et observé. Les échanges qui, classiquement, ont lieu en réunion clinique, se font ici face aux personnes dans un dialogue ouvert. Les soignants se voient alors obligés de reconfigurer leur discours, leur façon d'être en relation et de considérer le soin. Ceci est fondamental quand on sait que l'exclusion d'un espace d'énonciation fait figure de dépossession de soi.

 **Psychophobie** : La psychophobie, ou le sanisme (en anglais mentalism ou sanism), est une forme de discrimination et d'oppression à l'encontre de personnes qui ont ou sont censées avoir un trouble psychique ou une autre condition mentale stigmatisée.

 **DSM-5** : 5^{ème} version du manuel DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE de l'association américaine de psychiatrie, publié aux Etats-Unis en mai 2013. Comme ses prédécesseurs, le DSM-5 se veut athéorique et ne retient pas l'approche en névroses/psychoses, à laquelle il préfère la typologie en « troubles » (Disorders). En dehors de toute psychopathologie, il propose des catégories homogènes de patients, dans le souci d'harmoniser la recherche. Pour retenir une entité diagnostique, il faut qu'existent des signes positifs (critères d'inclusion) et que d'autres soient absents (critères d'exclusion).

 **TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif. Le DSM-5 (2013) le définit comme étant un syndrome constitué : soit d'obsessions, soit de compulsions (rites), soit des deux, avec un retentissement significatif sur les activités habituelles du sujet. Le DSM-5 décrit également une personnalité obsessionnelle-compulsive qui correspond à la personnalité obsessionnelle (névrose).

 **Névrose** : affection mentale caractérisée par l'existence de troubles à expression psychique et/ou somatique et/ou comportementale ; l'absence de perturbation anatomique et physiologique décelable ; la persistance du « système de réalité » ; la relative bonne adaptation sociale malgré les troubles (sauf les formes graves et invalidantes) ; leur sensibilité plus ou moins importante aux thérapeutiques non médicamenteuses. Pour la psychanalyse, il s'agit d'affections psychogènes où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique remontant à l'enfance et réalisant des compromis entre le désir et l'interdiction.

 **Psychiatrie communautaire** : La psychiatrie communautaire propose au patient une participation réelle à un travail thérapeutique dans lequel il garde une grande part d'initiative. Elle cherche avant tout à le maintenir dans des circuits normaux et à éviter son enfermement.

 **Méthodes somatiques** : Les techniques ou pratiques somatiques sollicitent le corps du sujet comme corps-sujet au cœur de son intelligence propre. Elles n'ont pas été inventées par des danseurs, mais sont actuellement et historiquement utilisées par de nombreux danseurs et artistes de scène pour affiner leur conscience du mouvement. Les exemples sont plus particulièrement pris en danse. Les pratiques somatiques travaillent en deçà de la technique et peuvent s'appliquer à de nombreux domaines.

 **TCC** : Les Thérapies Comportementales et Cognitives sont des prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne. Aujourd'hui, elles sont préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés. Elles ont l'avantage de proposer une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté [par exemple une phobie] comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement. La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée.

 **Snoezelen** : Développé dans les années 1970 par deux jeunes Hollandais (Ad Verhuel et J. Hulsege), le terme Snoezelen est la contraction de Snuffelen (renifler, sentir) et de Doezen (sommoler), que l'on pourrait traduire autour de la notion d'exploration sensorielle et de détente et plaisir. Proposée depuis de nombreuses années dans le cadre du handicap et du polyhandicap, cette approche se développe maintenant dans les secteurs gérontologique et psychiatrique.

Structures de soin et d'accompagnement

☞ SAMSAH : Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui ont eux pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les SAMSAH proposent donc en plus des SAVS des services de soins médicaux.

☞ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. C'est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

Contexte global, expériences locales

☞ LDR : LIEU DE RÉPIT (dispositif de JUST à Marseille) : le LDR accueille des personnes en situation de crise psychique dans un espace non médicalisé. L'accent est mis sur les qualités des interactions personnelles et sur l'instauration d'une ambiance chaleureuse. Les contrats d'hébergement ont une durée d'un mois, renouvelable deux fois. L'accueil au LDR comprend la mise à disposition d'un espace privatif sous forme de chambre individuelle, dont certaines possèdent leur propre salle de bain. À son arrivée, la personne reçoit les clés de sa chambre et du bâtiment et ses entrées et sorties sont libres. L'équipe d'intervention comprend des professionnels, des bénévoles et des stagiaires. L'entraide entre pair.e.s est également un moyen de soutien.

☞ ART NEW AIX : Le Collectif NewArt'Aix réunit des artistes et des personnes aussi bien en situation d'isolement social que socialement insérées venant expérimenter des pratiques artistiques telles que l'écriture, les arts plastiques ou l'expression corporelle.

☞ ESPER Pro : plateforme territoriale de pair-aidance à Marseille. ESPER Pro est une association, Loi 1901 qui travaille pour la reconnaissance du savoir expérientiel par les pouvoirs publics et défend son utilité auprès des institutions et des dispositifs de santé. Les pairs aidants professionnels disposent en effet d'une palette d'outils spécifiques, qui leur permettent d'aborder les questions de santé mentale de façon complémentaire à l'offre de soin existante. Parce que la singularité et la diversité de nos parcours représentent une source de connaissances et d'inspiration, notre objectif est de soutenir les personnes que nous rencontrons dans la réalisation des objectifs qu'elles se fixent, en réduisant le retentissement de la maladie et des difficultés sur le quotidien. Le principe fondamental de la médiation en santé paire repose sur l'idée que le travailleur pair peut constituer, pour les personnes malades qu'il rencontre, une source d'inspiration et/ou d'identification positive. La relation de confiance, essentielle dans la pratique de la médiation, doit permettre aux personnes soutenues de se décaler progressivement des représentations négatives intériorisées.

☞ JUST : Justice et Union pour la Transformation Sociale. JUST développe des expérimentations et actions permettant une transformation sociale vers plus de justice sociale. Elle entend par transformation sociale, une démarche en profondeur qui prend en compte les dimensions morales, éthiques, sociales, politiques, économiques et méthodologiques des transformations sociales.

☞ MARSS : MOUVEMENT et ACTION POUR LE RÉTABLISSMENT SANITAIRE ET SOCIAL. Equipe mobile précarité, l'équipe MARSS est constituée de salariés de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, et de bénévoles regroupés aux seins de différents collectifs. Le travail de rue permet aux intervenants d'identifier et d'avoir des contacts avec les personnes vivant dans la rue qui nécessitent un accompagnement et des soins psychiatriques. L'équipe intervient à plusieurs niveaux : d'abord pour orienter, ensuite pour soutenir des partenaires qui rencontrent des situations complexes et enfin et surtout dans le suivi direct des personnes.

☞ Le COFOR : Centre de Formation au Rétablissement, un lieu unique pour expérimenter et développer des pratiques orientées rétablissement. Il s'adresse exclusivement aux personnes concernées par le rétablissement, c'est à dire aux personnes ayant ou ayant eu des troubles psychiques. Cherchant à s'éloigner d'une approche clinique, hospitalocentrée ou même de réhabilitation, les Recovery College (modèle sur lequel s'ancre le COFOR) tendent vers la formation et la co-construction. Depuis 2009, les Recovery College ne cessent de s'ouvrir, une quarantaine existe un peu partout autour du globe (Angleterre, Australie, Canada, Japon, Etats-Unis) tant la demande est croissante et les résultats en matière de satisfaction des étudiants probants. Le COFOR propose à ses étudiants des outils d'appropriation collective de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face. La formation est valorisée par une gratification de 250 euros par module, en fonction de la participation aux cours. Les étudiants peuvent s'inscrire à un ou deux modules de 12 cours hebdomadaires par trimestre, au choix de l'étudiant.

☞ MANIFESTEN : Situé dans le quartier de la plaine, Manifesten est un café-librairie faisant également office de bibliothèque et de cinéma. Ce lieu culturel offre de multiples possibilités avec sa salle de réunion, sa déco atypique et sa grande salle bordée de livres et ponctuée de tables et de chaises. Endroit dédié à la réflexion, à l'invention et à la réinvention, Manifesten est un lieu accueillant qui vous reçoit tous les jours selon vos goûts et vos envies. Même si les murs sont porteurs d'images et de textes même si les rayonnages supportent des livres disponibles à tou-te-s même si des tables sont à disposition pour s'asseoir et boire un verre même si un écran peut être déroulé pour visionner des films même si l'espace peut se modeler selon le désir des poètes et des actionnistes même si une salle de réunion est là pour les débats et les discussions.

www.binge.audio.fr

podcast: Le serment daugusta
- je penserai les corps en dehors de la norme

- Les "lieux de lien" en Belgique : lieux d'accueil de la vulnérabilité, pas de soin, financés par le ministère de la Santé.

PSSM France : Formation
- Premiers Secours en Santé Mentale
<https://pssmfrance.fr>

Glossaire collaboratif finalisé par Isabelle Bourrachot en juin 2023.



Jasmine Lebert

édition asc

À : com 3 bis f

11:53

SAISON 2 - 2023-2024

Courriel du 25/09/23 :

Chère-s tous-te-s,

Vous avez participé à une ou à plusieurs réunions du groupe de réflexion mensuel au cœur de de la démarche Art, soin, citoyenneté que le 3 bis f a initiée depuis septembre 2022. Ce groupe est l'ancrage, vivant, et in situ, d'un réseau devenu plus vaste depuis les premières Rencontres Art, Soins, Citoyenneté qui ont eu lieu au 3 bis f le samedi 24 juin 2023.

La table ronde élargie « Des lieux d'art pour prendre soin, des lieux de soin pour créer » fut un tour d'horizon d'une diversité de pratiques croisant l'art, le soin et la société civile.

Les groupes de réflexion mensuels ont repris au 3 bis f le 6 septembre, première réunion de la saison au cours de laquelle nous avons défini ensemble le programme de travail pour cette saison que vous trouverez complet ci-dessous.

Nous vous donnons Rendez-vous mercredi 11 octobre 2023 à midi au 3 bis f pour le premier thème : Art, soins, hospitalités : les espaces agissants. N'hésitez pas à faire suivre l'information.

Au plaisir de poursuivre nos échanges,

Bien cordialement,

L'équipe du 3 bis f

Élaboration des thématiques de la saison

Art, soin, hospitalités : les espaces agissants

Quels liens entre espaces / design / accueil? Comment est-ce qu'on les vit? Comment accueillir dans un espace agissant? En quoi les espaces nous impactent, comment les vit-on? Comment nous parlent-ils?

Comment se les approprier, particulièrement quand ils côtoient des problématiques d'empêchements? Qu'est ce qui nous autorise à prendre corps dans un espace, à prendre psyché aussi. Quelles influences? Comment l'espace intérieur dialogue avec les espaces extérieurs? Les enjeux liés aux espaces : les déplacements, les intimités, l'accueil physique.

LE : Au-delà des enjeux écologiques qui étaient aussi à la racine de ces projets, le fait que les usagers d'un espace puissent co-crée et s'approprier ces matériaux a été important, parce qu'ils étaient empreints d'une histoire. Les espaces sont remplis des mémoires de celles et ceux qui les ont habités il faut en prendre soin.

CC : Quel dialogue la personne veut établir avec cet espace? Comment concevoir des espaces apaisants?

EV : Mary Temple Grandin, une des premières femmes autistes à avoir été connue et reconnue du grand public, a révolutionné les méthodes d'élevage aux États-Unis. Ses découvertes pour améliorer le bien-être animal sont nées de ses propres expériences en tant qu'autiste.

CN : Tiers-paysages, tiers-lieux... Ce sont des espaces où les possibles se

SR : Il est aussi intéressant de noter à quel point nous sommes en dialogue avec les espaces et la fragilité qu'ils révèlent de notre rapport au monde. Notre relation à l'espace : un dialogue des fragilités. Qu'est-ce que cela raconte, quelqu'un qui ne veut pas rentrer dans un espace?

SR : La notion de mouvement, la plasticité des espaces les rend « agissants » et solidaires.

JL : On aspire à des espaces où l'on peut « respirer à égalité », pour reprendre les mots du livre de Camille Louis *La Conspiration des enfants*.

MM : Il y a des espaces virtuels qui peuvent aussi être agissants ou non : les espaces intérieurs.

JL : Ces espaces qui réveillent, stimulent, qui créent des dynamiques de mouvement des corps.

CB : L'étrangeté propre à l'hétérotopie, cela peut être aussi vivre comme étranger dans un autre pays. Quels codes sociaux dans un lieu ou dans des lieux? Qu'est-ce qui crée les lieux? Comment on les transforme?

FA : Les lieux de soin sont des lieux où l'on attend beaucoup quand on est hospitalisé. Les espaces sont d'une neutralité terrible.

SR : Il y a aussi cette interdiction de ne laisser des traces, qui revient un peu à être une négation de l'individu : on n'a pas le droit d'exister dans cet espace-là, dans ce temps-là. On pousse la fonctionnalité des espaces jusqu'à nier les espaces de rencontres sociales.

DS : Cette neutralité affecte aussi les soignant.e.s.

FA : Une porte ouverte rassure, c'est un geste simple.

CB : Soigner : être accueilli, se sentir accueilli, laisser aux personnes la possibilité de pouvoir réagir.

Du soin à l'art, de l'art au soin : qu'est-ce qui fait déclic ?

Dans le soin, on cherche le déclic, réveil d'élan vital — là où l'on se met en mouvement. Discours, pratiques thérapeutiques, rencontres, déplacement psychique, expériences artistiques, mises en récit.... Le déclic transformateur, émancipateur, est plus ou moins une recherche constante dans chacune de nos tentatives soignantes et artistiques. Le déclic se joue dans l'intime et se dérobe souvent aux attendus, il reste une surprise pour celui qui le vit comme pour ceux qui en sont témoins. Le déclic : une expérience renouvelable ou le fruit d'un hasard, d'une résonance ?

JV : Il y a des rencontres avec des personnes qui donnent en quelque sorte la permission. Ces tentatives, dans la confiance, sont fondatrices.

F & M : Réaliser le podcast a fait déclic pour nous, sous une forme autant artistique que thérapeutique, en se disant que, cela pourrait servir à d'autres. Très intime au départ, le podcast est vite devenu une aventure collective, il nous a ouvert à des rencontres, à des projets. Il participe de cet élan de vie qui devient ainsi thérapeutique.

JL : Dans le podcast *Régine remue* de Clémence Allezard, on suit le quotidien d'une infirmière en psychiatrie en rue : elle suit ses patient.e.s sur ce qu'elle a appelé leurs « chemins de traverse ».

KC : J'ai eu besoin de ce cadre de partage, dans la confiance et l'égalité et dans lequel il n'y avait aucun enjeu. Je l'ai vécu comme une permission pour moi et pour les autres, nous autoriser à nous exprimer. J'ai pu le faire car j'ai trouvé un cadre d'hyper confiance, très soutenant, qui m'a permis de m'autoriser à parler, à créer à partir de cette intimité.

P : Dans l'art, on fait un pas de côté.

BD : Je porte cette conception des soignants comme des « médiateurs thérapeutiques », qui permettent d'avoir la possibilité d'être ce que l'on est.

FA : Notre podcast est aussi une manière de performer notre rencontre. C'est aussi l'endroit où l'art, le soin, les luttes politiques sont reliés.

MM : La révolte comme déclic, récupérer la narration de son existence.

SR : Ce qui est intéressant, ce ne sont pas les permissions formelles mais celles qui sont éprouvées. En tant qu'infirmier, je suis là pour entrer en résonance avec des gens, c'est ma seule et unique fonction.

MV : Comment accueillir la vulnérabilité de l'autre, la sienne ? Il s'agit de créer les conditions dans lesquelles nous allons pouvoir être authentiques.

JDM : L'idée de reprendre sa place. La marche est souvent associée à une « rupture biographique », des personnes se lancent sur les chemins de Saint-Jacques de Compostelle à un moment de césure dans leur vie. La marche devient un endroit d'hospitalité quand on est « décliqué », et ça peut faire déclic vers autre chose, elle est comme un espace tampon.

MM : Fabriquer une pensée en action.

La citoyenneté dans le soin : points de repère

Pleine citoyenneté, droits, participation aux choix thérapeutiques : où en est-on ? On s'interrogera sur l'adéquation entre les soins et ce que l'on traverse dans un parcours de vie. A quoi est-ce que l'on s'autorise ou ne s'autorise pas ? Quel rôle et valeur capacitantes de la transmission d'expériences, de la solidarité à partir du modèle de la pair-aidance ?

Lecture de la lettre de F & M, *Ça s'dit pas* — 19 décembre 2023, comme contribution au groupe de réflexion en leur absence :

Pour ce qui est de questions des droits, FA souhaite amener les éléments suivants dans un lettre :

Tout le long de mon parcours en psychiatrie, des décisions ont été prises à ma place sans mon consentement et sans même que j'en sois informé.e.

Par exemple, on a décidé de choix thérapeutiques à ma place en omettant volontairement de me dire qu'il existait telle thérapie car mes soignant.es de l'époque avaient jugé que cette thérapie ne me conviendrait pas, sans me demander mon avis ni m'expliquer en quoi cette thérapie consistait. Quand je l'ai appris je me suis senti.e dépossédé.e de mon libre arbitre et terriblement infantilisé.e. De plus c'est absurde, comment un patient peut-il prendre pleinement part à son rétablissement si on décide à sa place et qu'on lui cache des informations ?

Un autre exemple, quand un médecin a décidé de me recoudre l'avant-bras (après scarifications) sans anesthésie. Il ne m'a pas demandé, il m'a annoncé qu'il allait me recoudre sans anesthésie pour me faire passer l'envie de recommencer. Autrement dit pour me punir de m'être scarifié.e. J'étais donc, aux yeux de ce médecin, un.e enfant qu'il fallait gronder et punir. Au passage il n'a pas cherché à savoir pourquoi je m'étais blessé.e ni même comment j'allais, il s'appliquait surtout à bien me faire ressentir que j'avais commis un acte honteux.

Ce positionnement supérieur et jugeant, je l'ai rencontré tant de fois en psychiatrie. De la plus petite demande, comme un doliprane que j'ai dû demander cinq fois à un infirmier qui n'avait visiblement rien de mieux à faire que de me regarder souffrir, il a fallu que je m'énerve pour qu'il finisse par bouger et me ramène un cachet. Pourquoi ? C'est quoi les raisons derrière ce type de comportements ?

À part nous faire nous sentir petit-e-s, impuissant-e-s, inférieur-e-s ? Sous prétexte que les patients en psy « n'ont pas toute leur tête » on ne se gêne pas pour les traiter comme des sous citoyens qui sont inaptes à prendre les décisions et à leur infliger des violences médicales.

Et d'un autre côté, on nous parle d'empowerment, de l'indépendance du patient, d'autonomie... Mais attention à ce que cela ne soit pas un prétexte à des soins de mauvaise qualité, non remboursés, en arguant que le patient est seul responsable de son propre rétablissement. Autonomie, intégrité et pouvoir de décision oui, mais à condition d'accompagnement adéquat et d'un système de soin public accessible.

MM : J'aimerais rebondir sur deux choses, la hiérarchie et le fait que la parole du/de la patient-e n'est pas vraiment prise en compte par le personnel soignant. Il y a un gros fossé entre les soignant-es et les soigné-es, on considère que les un-es ont le savoir (de par leurs études, leurs diplômes, leur pratique en elle-même) et que les autres sont ignorant-es. Alors qu'en réalité, les savoirs sont détenus autant par les un-es que par les autres, parfois même les soigné-es sont bien plus à jour que les soignant-es et détiennent plus de connaissances sur tel ou tel trouble ou telle condition neuropsychiatrique. Les recherches scientifiques, neurologiques, sont en constante évolution et la psychiatrie, qui une science faite de nombreuses hypothèses rappelons le, ne suit pas forcément le mouvement, tout comme beaucoup de psy.

Beaucoup restent sur leurs convictions et leurs jugements et ne font pas l'effort de se documenter. Il y a aussi le fait qu'en psychiatrie, l'approche sociopolitique est très rarement intégrée.

Et c'est aussi là que l'expérience des patient-es devrait être plus entendue, car iels vivent au quotidien dans une société où sont entretenus plusieurs systèmes d'oppression, auxquels le monde de la psychiatrie n'échappe pas d'ailleurs (clichés et discrimination liés au sexisme, au classisme, au validisme, au racisme...). On a souvent l'impression que les médecins ne

vivent pas dans la réalité. L'accompagnement, le soin, ce n'est pas décider à la place de, c'est communiquer, chercher ensemble des solutions. Mais comment faire si on n'entend pas l'intelligence, le quotidien et la réalité des patient-es ? S'il n'y aucune empathie ? C'est en ça je pense que la pair-aidance est un précieux outil car elle rétablit un équilibre à travers un échange de savoirs et d'expériences. Elle ouvre cet espace où le soin peut s'installer. Elle remet de l'humain. Et la création même de la pair-aidance est pour moi la preuve de ce fossé que j'évoquais au début. Malheureusement, elle n'est pas encore assez intégrée dans les institutions...

Et par conséquent, il ne peut pas y avoir de rapport d'égalité dans la relation de soin à ce jour tant que le fossé entre les soignant-e-s et les soigné-e-s existera et que les soignant.es décideront de ce qui est bon pour les patient.es sans même en discuter avec elleux, ni connaître leur histoire ou leur quotidien. Comment le soin est-il possible quand nous constatons encore la présence de tant de violences psychologiques et physiques à l'égard des patient-es ?

NG : Je suis dans un espace où je suis humain et pas seulement vu comme un patient et ça fait lien.

JL : Les DAP (Directives Anticipées en Psychiatrie) ont vu le jour dans les années 90 aux États-Unis et arrivent maintenant en France. Elles ne sont qu'incitatives pour l'instant mais elles sont un des objectifs prioritaires de Santé Publique (ressource : SoinsSoins 2)

NG : Les DAP sont dans le PPP Plan de Prévention Partagé au CH Montpellier. Les DAP servent aux patients à signifier et à formuler, au moment où il.elles sont stabilisés, ce qu'ils souhaitent pour eux en cas de crise ? Quel médicament utiliser ou ne pas utiliser ? Quelle personne appeler ? etc.

M : Comment on vient se raconter autrement ?

Récits et discours entre art et soin : liant des (im)possibles ?

Le discours dans le soin : comment on en parle ? Dans quoi on s'inscrit ? Comment faire exister un terrain commun ? Le discours crée une réalité. Chacun-ne, tente par le discours, à redonner sens, logique, articulations aux grands écarts du grand quotidien reliant l'intime au politique. À chacun son discours, à chacun sa vie, à chacun ses impossibilités. Les vies s'entrecroisent, mais les discours s'accumulent. Prendre conscience de ses discours et mieux comprendre le discours de l'autre, ne plus le subir et peut-être nous ouvrir vers un discours plus large et plus inclusif.

JL : Nous avons eu le souhait de parler du récit, de la fiction. La fiction qui puise dans nos expériences personnelles, intimes. En quoi est-ce que ça fait partie du soin ? C'est une bonne temporalité pour évoquer ce thème avec l'exposition *Sympathie n°1* de Juliette George : l'œuvre centrale de l'exposition est une fiction, un livre, écrit d'ailleurs en partie avec des personnes d'ici. Juliette puise aussi dans son histoire personnelle. Nous avons aussi partagé avec Juliette, un livre, *Triste tigre* de Neige Sinno. L'auteure dit que l'écriture « ne l'a pas sauvée », mais l'aide à vivre.

SR : Se dire que le récit aide, c'est déjà un discours. Un discours, c'est une façon de tirer une ligne. C'est la base de notre travail en psychiatrie. Les récits sont des chemins, des choses que l'on revisite. La posture du soignant est pour moi un réceptacle.

FS : Les personnes hospitalisées parlent beaucoup entre elles. Il y a beaucoup d'hypersensibles qui ont subi des traumatismes. Il y a eu un effet psychothérapie de groupe « sauvage » qui a fait soin pour moi.

AS : L'autofiction permet aussi la résilience.

Art, soin, citoyenneté : de la plasticité dans les diagnostics

Le diagnostic : pierre angulaire, clé de voûte ou pierre tombale ?
Un diagnostic peut tomber comme une condamnation, ou en revanche éclairer tout un parcours de vie... Comment vivre avec nos diagnostics ? Comment faire évoluer les diagnostics au-delà des stéréotypes ? Le diagnostic : outil identitaire, d'identification et / ou de désidentification ? Comment mettre plasticité sur les diagnostics, dans un environnement évolutif, à la fois dans un temps individuel et collectif ? En quoi les démarches artistiques peuvent amener une forme de plasticité ? Quels liens possibles avec création et démarches artistiques ?

E : J'ai rêvé le monde dans ma chambre.

Présentation du thème du jour et Écoute d'un extrait du podcast
Ça se dit pas par Florie Adda & Marie Markovic.

F & M : Un diagnostic, ça apporte des éléments pour fonctionner, ça change beaucoup de chose au niveau identitaire (...). Le patient reste dans l'errance, alors qu'un diagnostic peut être salvateur.

MM : Il existe des stéréotypes de diagnostics (...). La question de l'accessibilité au diagnostic, c'est coûteux et chronophage.

SA : Ce que je trouve intéressant dans le diagnostic, c'est que ce n'est pas moi qui suis responsable d'un trouble ou fonctionnement, je suis son hôte mais ça ne me constitue pas entièrement. Ça m'a permis de prendre de la distance et de me retrouver.

X : Un diagnostic ne peut avoir un effet thérapeutique que s'il est juste. En ce qui concerne la RQTH (Reconnaissance de Qualification du Travailleur Handicapé) on peut avoir peur du diagnostic car c'est très stigmatisant.

MM : Ça peut donner un coup de massue, ce n'est pas que libérateur (...). Poser un diagnostic c'est une chose, mais c'est l'accompagnement et le soutien qui compte.

SR : Le diagnostic est objectivant, c'est quelque chose de l'ordre technique comme des pierres d'orientation.

X : Est-ce qu'on est tous dans l'auto-diagnostic ?

SR : La question, c'est surtout comment ça résonne ? Qu'est-ce qu'on en fait de ce diagnostic ?

A : Ouvrir un processus qui permet de valoriser les ressources que les personnes peuvent avoir, là où le dialogue est très important.

De l'art dans le soin : quelles temporalités, quelles cartographies ?

Le soin psychique est-il mesurable ? Ce que l'on sait, c'est qu'il est incertain et résiste peu aux injonctions et aux calendriers. Au-delà du quantitatif et du qualitatif, comment penser la temporalité du soin ? Quelles continuités entre les expériences artistiques et le soin, quelles traces intérieures, intimes ? Comment sortir de l'expérience de soin ou de l'expérience artistique « encapsulée » ? Comment dépasser les cloisonnements ? Quels échos ? Quels sont les pelotes ou jeux de ficelles de nos vies, figures narratives entremêlées, comme l'évoque la philosophe Donna Haraway ? La pensée d'Haraway est inspirante tant pour la création artistique que pour une approche holistique du soin. La réhabilitation, immense boîte à outils au service du patient avec la personne au centre, à partir de la demande qui lui est propre, est à envisager comme un processus visant à maintenir un mouvement, ou tirer ces ficelles.

JM : À l'HP, que l'on appelle dans le livre « l'HPKistan », le temps est figé.

HC : On est chosifié, catégorisé, dépersonnifié... On a la science en face de nous, c'est terrifiant.

JM : Je ne suis pas incluse dans mon parcours de soin.

SR : Avec l'hospitalisation en psychiatrie, un émiettement de la personne semble se produire, une déconstruction s'opère.

AM : Quand on travaille sur le sens, on va moins le subir. C'est toujours différent de l'entendre de ses pairs.

AS : On va travailler à ne pas morceler la personne.

FA : Pour ma part, de 15 à 37 ans aujourd'hui, aucun psy n'a véritablement pris en compte les comorbidités.

JL : Il faudrait réaliser cette carte de lieux alternatifs à l'hospitalisation en psychiatrie. Devenir pair aidant professionnel, c'est autre chose, cela demande une formation.

FA : Je tiens à rester libre, à ne pas être soumise au devoir de réserve.

JL : On est expert de ce que l'on traverse. Ce savoir expérientiel, on peut le transformer en compétences, cela s'apprend. C'est l'immensité des points de vue qui produit des connaissances.

Langages du corps

Rapport au corps altéré, maltraitance du corps dans les soins psychiatriques, séparation entre psychiatrie et somatique... La question-clé du rapport au corps est au cœur des pratiques artistiques et en lien avec de nombreuses pratiques thérapeutiques : comment les articuler davantage aux prises en soin ? En quoi la pratique artistique, engageant le corps, permet souvent une réappropriation du corps ?

Le groupe débute par une mise en corps orchestrée par CN. Écoute du podcast *Ça se dit pas* de Florie & Marie, épisode sur le tatouage.

FA : Le lien entre trouble psychologique et le tatouage évoque le processus de construction/reconstruction, la réappropriation de son corps. Une façon d'accepter son parcours de vie (...). Dans les institutions en psychiatrie, le rapport au corps est quasiment absent, même lors des entretiens : c'est une sorte de déni total du corps.

JL : Le tatouage incarne une forme de réancrage.

CN : Globalement, on part d'une base pourrie dans notre rapport au corps dans notre société. Nos corps sont nos premières maisons.

MP : De quel corps on parle ? La peau ? Et si l'on considère le corps avec la proprioception ? L'espace peut ainsi aussi faire partie de mon corps, un son peut aussi faire partie de mon corps.

LE : Le corps est relié à l'intuition, il a en quelque sorte toujours raison,

SA : C'est difficile de décrire les traitements qui shootent et qui transforment la perception. C'est une expérience singulière d'être soigné par du poison, on doit en faire l'apprentissage, c'est compliqué.

FA : La notion d'espace est une notion clé : mon corps, ça va jusqu'à l'autre.

SR : Le corps, c'est le premier contenant. La fonction phorique du corps, cette espèce de véhicule inconscient, structure notre pensée. Le corps a sa propre logique

JL : Avoir accès à la mémoire du corps.

X : J'ai découvert l'immense pouvoir de la marche, on a de bien meilleures idées en marchant.

AS : L'écoute lumineuse : écouter les silences dans la clinique, le corps-psyché dans lequel ils sont liés.

SR : Il y a une théâtralité de l'entretien en psychiatrie : on parle au haut du corps, de respiration de communication.

MV : En médecine chinoise, on aborde le corps dans son rapport au mouvement, il prend vie.

FA : Il y a de tels préjugés envers les patients en psychiatrie, on est victime de toutes sortes de représentations, tu n'es pas pris au sérieux, ta parole perd toute crédibilité.

MV : L'art met le corps en mouvement.

CN : Le corps altéré, corps diminué, corps abîmé, cohabite avec le corps qui devient parfois surpuissant.

L : Ma fille est autiste et n'aime pas être touchée, j'ai fait mon corps pour elle.

Prises en soin, démarches artistiques en milieu de soin : quel dialogue ?

Quelles relations entre le personnel soignant et des artistes en résidence en milieu de soin ? Quel accompagnement, quelle disponibilité mutuelle, quelles modalités relationnelles ? Comment faire lien entre les deux mondes, dessiner une matrice commune où émerge la possibilité d'une réussite ? Comment pratiquer avec l'incertitude comme horizon ? Arts et soin sont des recherches perpétuelles où l'expérience revient nourrir l'acte. Entre certitude et recherche du geste (soignant ou artistique), il y a peut-être à voir dans le parcours de soin une fresque, une broderie, où chacun apporte touches et bouts de ficelles. Quelle place pour chacun dans la triade artist-e / patient-e / soignant-e ?

F : Dans le groupe, tout le monde a compris que c'était son moment. La compréhension par les autres qu'il se passait quelque chose d'important pour lui, fut réel. L'art dans notre société est associé à un certain niveau de vie. Les personnes précaires et marginales n'y ont souvent pas accès.

JL : L'art me permet de comprendre le monde, c'est pour moi une homéostasie, une autorégulation de soi, faisant appel à l'intelligence émotionnelle.

SR : Au 3 bis f, à partir du « non thérapeutique à priori », on crée un espace de rencontre, on travaille sur le climat de soin, l'accueil, à faire en sorte que chacun puisse être libre de s'emparer de l'expérience. On accueille des artistes, on accueille des personnes. D'une certaine manière, on déconditionne aussi un peu ce rapport à l'art.

JM : On vient partager une sensibilité au monde, un moment d'expression, la conséquence est le soin mais ce n'est pas l'objectif.

SR : Ce qui m'intéresse dans le soin, c'est que l'on est dans une suite d'actes et d'actions. Le psychiatre donne un traitement, on peut dire qu'il est efficace ou non, quoiqu'il en soit, seul, il ne marchera pas. C'est tout le reste qui doit jouer et qui fait le soin.

AS : Faire humanité ensemble.

M : Le traitement ne résout pas tous les problèmes psychiatriques.

CM : Quand tu n'as plus de travail, on t'enlève ton identité. La question de la création s'est posée : à chaque fois, c'est ce qui me remet en scelle. Inventer un personnage qui vit ces épisodes. Art et soin, le sens c'est ma façon de regarder le monde par ces biais.

X : L'OMS estime aujourd'hui à plus d'un milliard les personnes ayant actuellement des soucis de « santé mentale » (terme qui gagnerait à être reconsidéré). On estime que 13 millions de Français chaque année sont confrontés à ce type de soucis, soit 1 Français sur 5.

25% de la population française prend des cachets, sans parler d'autres substances.

50% des salariés se disent en situation de « détresse psychologique » (source : Les Échos). Plusieurs études montrent qu'une personne sur deux dans le monde connaîtra au moins un épisode de mauvaise « santé mentale » dans sa vie.

Sur la base de ces chiffres massifs et alarmants, je crois vraiment qu'il est grand temps de changer de regard sur ce sujet et de sortir du paradigme individualisant et stigmatisant actuel qui tient du déni social, collectif et institutionnel, et de commencer sérieusement à se demander si ce n'est pas une société de plus en plus violente dans son économie des rapports humains qui nous rend tous malades tôt ou tard.

Il est peut-être temps de penser à une véritable « sociothérapie » qui ne s'adresserait plus exclusivement aux individus mais à une société, manifestement de plus en plus malade. Je ne sais pas si les thèmes de la prochaine saison sont déjà établis, mais je serais vraiment très heureux que soit abordée et discutée cette dimension sociologique du problème.



Ressources

Références citées lors des réunions du groupe de réflexion ASC :
bibliographie, filmographie, ressources multimédias.
Ceci est une liste collaborative, élaborée au fur et à mesure des échanges,
sélective, non exhaustive.

Roman graphique :

- Maud Bénézit, *Les paysannes en polaire, Il est où le patron, Chroniques paysannes*. éd. Marabout, 2021.
- Claire Le Men, *Nouvelles du dernier étage*. Seuil, 2021.
- Claire Le Men, *Le Syndrome de l'imposteur*. La Découverte, 2019.
- Lisa Mandel, *Se rétablir*, enquête sur le rétablissement en santé mentale, 2022.
- Victoria Mas, *Le Bal des folles*. Albin Michel, 2021.
- Jo Mouke & Julien Rodriguez, *Déraillée*, Le Passager clandestin, 2022.

Films :

- *3 bis f : un centre d'art dans un hôpital psychiatrique*, réalisé par Chrystèle Bazin & Agnès Mellon avec le soutien de la Fondation Cognac-Jay / Laboratoire des Solidarités / Solidarum.org, Fondation Cognac-Jay.
- *Quelle folie* par Diego Governatori avec Aurélien Deschamps (2018).
- *12 films sur la santé mentale : De Mommy à Melancholia*
Liste des films indispensables selon Vogue pour comprendre au mieux les enjeux de la santé mentale. Vogue, 23 novembre 2023.
- *Quelle folie*, Diego Governatori avec Aurélien Deschamps, 2018.
- *Le livre des solutions*, Michel Gondry, diagnostiqué bipolaire, 2023.
- *Temple Grandin*, Mick Jackson, 2010.

Livres, romans, essais :

- Didier Anzieu, *Le moi-peau*. article de 1974 / Dunod, Paris, 1985.
- Bruno Bettelheim, *Psychanalyse des contes de fées*. Pocket, 1999.
- Simone de Beauvoir, *Le Deuxième sexe*, 1949.
- Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, thèse publiée en 1943.
- *Réponse à la tentative d'assassinat du peuple grec par l'Union européenne et ses bailleurs de fonds*. éd. Al Dante, 2014.
- Michel Foucault, *Le Corps utopique, Les hétérotopies*. éd. Lignes, 2019.
- Donna Haraway, *Manifeste cyborg et autres essais*. éd. Exils, 2007.
- Donna Haraway, *Habiter le trouble*. éd. Dehors, 2019.
- Camille Louis, *La Conspiration des enfants*. PUF, 2021.
- Stéphane Madelrieux, *Philosophie des expériences radicales*. Seuil, 2022.
- Rémy Marciano, *Châteauneuf-les-Martigues*. éd. Al Dante, 2013.
- Joyce McDougal, *L'artiste et le psychanalyste*. Presses Universitaires, 2008.
- Annemarie Mol, *Ce que soigner veut dire*. Presse des Mines, 2009.
- Francis Ponge, *Entre singularité et appartenance*. Classiques Garnier, 2023.
- Mabel Elsworth Todd, *Le Corps pensant*. éd. Divergences, 1937.
- Temple Grandin, *Ma vie d'autiste*, 1986 ; *L'Interprète des animaux*, 2006.
Dans le cerveau des artistes, 2013, éd. Odile Jacob.
- Stéphane Nowak Papantoniou, *Ça ne tient plus, série discrète*, 2022.
Nos secrets sont poétiques, 2020. *Glôsse, Réponse à la tentative d'assassinat du peuple grec par l'Union européenne et ses bailleurs de fonds*, 2014,
Tentaculeux et tuberculaires, 2012. Les Presses du réel, coll. Al Dante.

Sites web :

- Collectif Travaux publics, création Le Social brû(il)le.
www.3bisf.com
- Interview de la psychiatre Emma Beetlestone, ULICE
www.solidarum.org
- *Quelle folie*, Diego Governatori avec Aurélien Deschamps, 2018.
- Témoignage de Patrick Le Cardinal sur le site ci3p.
<https://ci3p.univ-cotedazur.fr>
- <http://natachaguiller.blogspot.com>
- Conférence d'Angela Davis, Festival d'Automne, Théâtre de la Ville, 2023.
www.theatredelaville_paris.com
- <https://esperpro.org>
- <https://www.pssmfrance.fr>
- Méthode de psychiatrie communautaire « Open dialogue » :
www.santementale.fr
- Exemples d'aménagements participatifs favorisant le réemploi :
Vidéos d'aménagements et coulisses des réalisations surcyclées
youtube : La Nouvelle Mine.

Rencontres :

- « Humain, inventer la rencontre ? Rêver, penser, s'engager... »
Colloque anniversaire du Point de Capiton— 20 novembre 2021
- Rencontres intergalactiques des travailleurs pairs :
- Festival Pop & Psy, un évènement culturel et scientifique gratuit,
à but non lucratif, inclusif et engagé pour la santé mentale
- <https://popetpsy.fr>

Podcasts & Radio :

- *Ça s'dit pas*, podcast par Florie Adda & Marie Markovic - Aventure psycho- artistico-socio-libératrice Podcast sur les troubles psy et la neuroatypie, le trouble de la personnalité borderline, l'autisme, la maladie psychique au quotidien. « Nous, Florie Adda et Marie Markovic, avons décidé de faire notre coming out. Oui oui, notre coming out psy. Alors voilà, on sort du placard tout ce qui s'dit pas. Parce qu'on est beaucoup comme ça, planqués, en marge sur le côté, et qu'on a souvent du mal à faire comprendre ce qui s'voit pas. Ce qui s'dit pas. »
- *Les Maux bleus*, Podcast sur la santé mentale, produit par Mickaël de Place des Sciences.
- *Un Podcast à soi*, par Charlotte Bienaimé. Un Podcast à soi mêle intimité et expertise, témoignages et réflexions, pour aborder les questions de genre, de féminismes, d'égalité entre les hommes et les femmes.
Arte Radio.
- *Le Serment d'Augusta*, Podcast Binge Audio écrit par Olympe de Gê, le Professeur Emmanuel Flamand Roze, la participation de Rozenn le Saint, sous la supervision de David Carzon. Depuis plusieurs années, il apparaît clairement que le système de santé est à bout de souffle. Face à cet état des lieux, le Serment d'Augusta est une série documentaire qui invite à réfléchir ensemble à l'avenir de notre système de santé et qui s'adresse autant aux étudiant·es en médecine et aux professionnel·les de santé qu'aux patient·es.
- *La vie qui doute*, podcast réalisé par Clémence Allezard, lors de la résidence de Marie Fortuit au Centre Hospitalier de Valenciennes.
- *Radio Pinpon*, une radio qui donne la parole à ceux qui ne l'ont pas assez créée par un infirmier sur France Inter.
- *Régine remue*, Documentaire sonore de Clémence Allezard,
France Culture.
- *LSD*, « Santé mentale, le cri d'alarme des professionnels ».
<https://www.radiofrance.fr/>





Cette publication est éditée à l'occasion de la deuxième édition des rencontres Art, Soins, Citoyenneté du jeudi 20 au samedi 22 juin 2024
3 bis f — centre d'arts contemporains d'intérêt national au cœur du Centre Hospitalier Montpellier, Aix-en-Provence

Remerciements à l'ensemble des participant-e-s du groupe de réflexion pour leur engagement et leurs précieuses contributions.

Relectures

Sophie Clot
Jasmine Leberf
Sylvain Rollandin
Amélie Senéz

Images

Maya Benarouch
Anaïs Rouberfou

Typographie

Bastelieur de Keussel
Adelphé de Eugénie Bidaut
diffusée sur la typotheque de Bye Bye Binary

Direction éditoriale

Bookofme
Anaïs Rouberfou

Achévé d'imprimer en 150 exemplaires, juin 2024

CENTRE D'ARTS CONTEMPORAINS D'INTÉRÊT NATIONAL
RÉSIDENCES D'ARTISTES | ARTS VIVANTS & ARTS VISUELS
AIX-EN-PROVENCE

Florie Adda ◊ Marielle Agbotton ◊ Sabine Allard ◊ Flora Anavi
Feryel Atek ◊ Yves Bancelin ◊ Carole Barbier Bouvet ◊ Jonathan Barriere
Clarissa Baumann ◊ Chrystèle Bazin ◊ Maria Becerro ◊ Noémie Behr
Hamid Belgacem ◊ Eve Bellecou ◊ Leo Bellime ◊ Maya Benarouch
Jean-Michel Benattar ◊ Yohana Benattar ◊ Caroline Bernard
Sandrine Bertrand ◊ Mathilde Bethenod ◊ Lucie Bigot ◊ Béatrice Bizot
Lydia Blidi ◊ Macha Boitsova ◊ Thomas Bosetti ◊ Ines Bouhassoun
Hafida Bouihi ◊ Jimmy Boury ◊ Isabella Bourrachot ◊ Clara Bouzan
Mustapha Bouzelmat ◊ Sylvie Brunti ◊ Sophie Bueno-Bouteillier
Danielle Catanzano ◊ Pauline Cavanna ◊ Elia Chalom ◊ Jérémie Chambon
Célia Charles ◊ Kristine Chaumont ◊ Sophie Clot ◊ Priscille Cohen
Laeticia Colombani ◊ Hélyette Cornille ◊ Alette Cosset ◊ Cécile Coudreau
Michaël Cros ◊ Laure Curci ◊ Elodie Delbert ◊ Julie Demuer ◊ Richard Dessermé
Barbara Destarac ◊ Frédérique Dimarco ◊ Marie Dorion ◊ Louise Dubost
Linda Ecalle ◊ Antonio Estevens ◊ Mario Fanfani ◊ Antoine Fenoglio
Adeline Ferrante ◊ Claire Ferrer ◊ Verite Nina Gazaniol ◊ Natalie Gedrose
Guillaume Geoffroy D'assy ◊ Marjorie Germain ◊ Laureline Girard
Anna Gonzales ◊ Lola Goulas ◊ Claire Goy ◊ Chloé Gravier
Camille Gregoire ◊ Lydia Grenee ◊ Laurence Grobet ◊ Marion Gronier
Pierre-Antoine Guillemoz ◊ Anna Guillo ◊ Tsirihaka Harrivel ◊ Noémie Herubel
Juliette Hieblot ◊ Fanny Hospital ◊ Valérie Hutin ◊ Emmanuele Jacquart
Solène Jaubert ◊ Catherine Jouve ◊ Marie Kaffé ◊ Mélanie Kenyon
Axel Koenzen ◊ Morgan Labar ◊ Emmanuelle Lajaunas ◊ Jean-Marc Lamoure
Anne Le Batard ◊ Maud Scarlett Le Flohic ◊ Jasmine Lebert ◊ Célia Lehaire
Matthieu Leonard ◊ Noemie Loosfeld ◊ Eulalie Macphail ◊ Malou Malan
Mathilde Malan ◊ Joan Maniere ◊ Anne-Laure Manoury ◊ Caroline Mantot-Ba
Marie-Martine Marchal ◊ Marie Markovic ◊ Annaële Marsile ◊ Amélie Martinez
Claire Massabo ◊ Séverine Mathieu ◊ Lou Mc Williams ◊ Agnès Mellon
Nadia Merad ◊ Nicoleta Miclaus ◊ Nicolas Montel ◊ Dimitri Moudard
Régis Moustier ◊ Jo Mouke ◊ Céline Naji ◊ Marie-Laure Para ◊ François Parra
Thibault Paul-Dubois-Taine ◊ Alexia Pecheyran ◊ Diederik Peeters
Luka Perkins-Petit ◊ Diane Pigeau ◊ Fanny Poyart ◊ Armelle Pradalier
Corinne Pontier ◊ Frédéric Poor ◊ Vimala Pons ◊ Marlène Puccini
Marie-Ange Pugliesi ◊ Laurence Renucci ◊ Chloé Ribier ◊ Julien Rodriguez
Sylvain Rollandin ◊ Claire Royer ◊ Anaïs Roubertou ◊ Audrey Roumens
Delphine Sacchi ◊ Gurshad Saheman ◊ Julia Secco ◊ Amélie Senéz
François Serrano ◊ Cathy Sirour ◊ Victoria Soncini ◊ Angélique Szczkowski
Saoussen ◊ Eliane Thein ◊ Florent Thomas ◊ Anne Thouin ◊ Marine Torres
Floriane Verrier ◊ Clémentine Vetillard ◊ Camille Videoq ◊ Emmanuel Vigier
Marilène Vigroux ◊ Julie Villeneuve ◊ Manon Worms