

Je viens de passer deux semaines au CSTC de l'Hôpital Guillaume Régnier à Rennes. CSTC. Obscure acronyme pour un lieu qui lui ne l'est en rien. CSTC pour Centre Socio-Thérapeutique et Culturel. CSTC pour dire autrement la Cafet. Deux semaines à écouter ou parfois papoter. Deux semaines à observer des corps, des relations d'entraide, des solitudes aussi. Deux semaines dans un espace de soin. Deux semaines à l'hôpital. Quinze jours dans un lieu qui ne ressemble en rien à l'hôpital. Un bunker¹ où des ancien.nes patient.es viennent socialiser en toute sécurité. Un espace de transition réel et symbolique entre l'hôpital et la cité pour les patient.es hospitalisé.es. Un café où le prix dérisoire des consommations nous indique que l'objectif du lieu n'est en rien pécuniaire. Un lieu où les personnes qui tiennent le bar sont aussi des soignant.es. Un lieu comme un outil de soin. Un espace aux lisières de la cité, aux lisières de la santé.

Durant ces deux semaines, j'ai mené des entretiens de recherche. Je voulais écouter ce que les patients et les patientes avaient à me dire. Je voulais entendre leurs expériences. On a parfois parlé de l'hôpital, de l'expérience de l'hospitalisation en service psychiatrique, mais là n'était pas le cœur de ma recherche. Ils et elles ont accepté de mettre des mots sur leurs histoires. J'ai entendu : errance médicale, tentative de suicide, idées noires, burn-out, dépression, épisode maniaque, bouffée délirante, pétage de plomb. Souvent, le moment de bascule dans la trajectoire des personnes qui m'offraient leur histoire était connu. Une séparation. Un burn-out. Des violences conjugales ou intrafamiliales. Un trauma. La perte d'un proche, ou encore une intelligence hors-norme. Parfois, l'explication était coincée dans les replis de l'inconscient des patient.es. Et parfois, il n'y avait aucune explication apparente.

1/ Le terme "bunker" a été employé par un patient lors d'un entretien pour décrire un espace où l'on peut se sentir protéger, quoi qu'il arrive.

Au fil des rencontres, l'enthousiasme à l'attention de mon projet grandissait. On parlait de moi. Des patient.es venaient à ma rencontre. D'autres se faisaient rabatteurs, mais c'est d'abord l'accueil des soignant.es qui m'a permis de trouver ma place dans cet espace, à la fois particulier et banal. Je les en remercie grandement.

Dans ce lieu, situé entre le dedans et le dehors, les corps sont les premiers indicateurs d'une forme de différence. Il y avait des corps maigres et des corps gros. Des corps au ralenti. Des corps hyperactifs ou des corps tremblants. Aussi, des corps scarifiés. Et puis il y avait les autres. Ces corps suggérant une absence, un ailleurs où celui ou celle qui s'est frayé.e un chemin sans retour vers ce que le langage populaire nomme folie gît dans toute sa splendeur.

Au cours de ces deux semaines, il m'est parfois arrivé, en dehors de l'hôpital, d'observer ces mêmes corps, ces mêmes singulières présences ou ces mêmes étonnantes absences. Où donc est la frontière entre la maladie et la pleine santé mentale? Je ne crois pas qu'elle se situe à l'endroit des murs et des grillages qui protègent l'hôpital...

Je ne m'attendais pas à passer deux semaines aussi «normales». Je travaille auprès et avec les traumas depuis plusieurs années. Je réalise aujourd'hui qu'à cet endroit de travail et de rencontre, je me sens chez moi. En menant ces entretiens de recherche, j'ai compris qu'ils faisaient partie de ma méthode de travail. J'en ai beaucoup mené aux États-Unis pour le projet que j'y développe sur le champ des addictions.

Cette nouvelle expérience m'a donc permis de repérer un schéma dans la façon dont j'approche mes terrains de recherche photographique. Et pour être honnête, cela m'a donné de la force. Une certaine assurance dont je manque bien trop souvent.

Peut-être vous demandez-vous pourquoi je mène ces entretiens ?

Eh bien c'est parce que selon moi, c'est d'abord l'expérience des personnes concernées qui compte. Je sais bien que l'objectivité en matière de photographie documentaire est un leurre - et d'ailleurs je ne la recherche en rien - ceci étant, j'ai à cœur de nourrir ma réflexion et mon travail par ces rencontres et ces échanges. Et pour être honnête, ils donnent lieu, le plus souvent, à des moments assez géniaux ! Je vous recommande vivement d'y goûter.

__ NOVEMBRE 2022

Après deux mois à travailler aux États-Unis sur mon autre projet photographique, me voilà de retour à l'hôpital. L'été a laissé place à l'automne, les tons orangés des feuilles en témoignent. Le climat reste clément et j'en profite pour déambuler dans cette petite cité qu'est l'hôpital. Il ne se présente pas comme un bloc gigantesque ramassé sur lui-même. Il est composé d'unités éparses aux architectures contrastées, entourées d'un parc, de routes, d'une chapelle, d'un stade et d'un terrain de tennis.

À regarder les unités de plus près, on observe les adaptations apparues au fil des ans. C'est souvent pour concevoir des petites cours intérieures que ces aménagements ont vu le jour.

Être enfermé.e, mais dehors.

Bois et métaux s'allient pour composer ces espaces de repos et de circulation limités, ces fumoirs, lorsque la sortie dans le parc n'est pas encore une option.

L'hôpital est composé d'unités de secteur. C'est à dire que c'est votre adresse qui détermine l'unité au sein de laquelle vous serez pris en charge. Des exceptions existent, comme pour le service d'addictologie par exemple, mais le plus souvent, les patient.es sont accueilli.es au sein d'unités où diverses pathologies et troubles se côtoient. À en croire l'expérience des patient.es, cette diversité est souvent complexe à gérer.

Au cours de l'une de mes déambulations, je me suis approchée d'un bâtiment type administration des années 80, au pied duquel, le plus souvent, un groupe d'hommes s'abritent. À l'ombre durant l'été. À l'abri de la pluie cet automne. Certains des patients semblaient, comment dire, ailleurs ou lointains.

Soyons honnête, je n'étais pas à l'aise à l'idée de m'en approcher. La question du consentement est cruciale dans un tel projet et pourtant elle s'est avérée simple le plus souvent. Finalement, c'est la qualité de la rencontre et le désir réciproque de passer un moment ensemble (plus que le droit) qui valait consentement...

Mais revenons à ce bâtiment auquel j'avais envie de me frotter... J'y ai finalement pris mes habitudes. Passer dire bonjour. Parler de mon projet. Partir. Revenir. Certaines personnes m'avaient en fait observée avant que moi je les observe.

Durant l'été, je m'en étais approchée pour photographier un banc qui dialogue toujours avec quelques chaises. Une nature morte qui caractérise les mouvements et les espaces de solitude ou de rencontre au sein de l'hôpital. (D'ailleurs, des bancs, à l'hôpital, il y en a certainement plus qu'en ville où l'on les retire...).

Des chaises, il y en a partout. Faites de plastique, légères, elles voyagent au gré des volontés de leur usager temporaire.

- « *Tu fais quoi ici ? C'est quoi comme marque ton appareil ?* »
- « *Euh... je suis artiste en résidence à l'hôpital. Je mène un projet sur la santé mentale. Je suis aussi concernée. C'est pour ça que j'ai eu envie de faire ce projet.*
Mon appareil, c'est un Mamiya. C'est pas très connu. »
- « *Okay.* » Long silence.
- « *Bon... je vais vous laisser. Je veux pas vous déranger. Je repasserai plus tard.* »

C'est pas toujours évident de savoir si une personne est okay pour que je m'approche d'elle. Alors, je le fais par étape. Je démarre souvent par « *Bonjour. Est-ce que je peux me permettre de me présenter ?* » Si j'obtiens un oui, je présente mon projet. Si j'obtiens un non, je m'éclipse avec sourire et gratitude. J'ai, dans le cadre de ce projet, évité de me fier à mes intuitions, car dès cet été, j'ai remarqué que mes préjugés et projections pouvaient m'induire en erreur.

Le plus souvent donc, je demande.

Au pied de cette unité, j'ai fait la connaissance de François. Comme d'autres, il est un peu devenu un copain, un repère dans mon temps passé à l'hôpital. Je passe le saluer dès que je peux. Si lui et moi avons le temps, on papote. Il me parle de son parcours, de son accident de la vie. J'adore ces moments. Ils nous nourrissent tous les deux. La première fois que j'ai vu François, j'ai cru qu'il faisait partie de ces patients vivant dans leur propre réalité, pour lesquels hôpital est devenu une maison. Pas du tout. François est bien là, avec nous. J'ai cependant appris plus tard qu'il était hospitalisé au sein d'une unité longue durée. Dans cette unité composée d'une quinzaine de personnes, seul François et l'un de ses pairs ont encore une partie de leur tête.

Au même endroit, j'ai aussi rencontré Maud, qui elle fait partie de l'unité d'addictologie qui se situe dans le même bâtiment. François et Maud sont copains. À l'hôpital comme en dehors, les relations comptent. Le temps ralenti de l'hôpital les rend-elles plus faciles ?

Ce que j'ai oublié de vous dire c'est que les unités dont font partie François et Maud n'ont pas de cours intérieures. C'est donc par défaut que les patient.es sont autorisé.es à sortir (librement ou accompagné.es) au pied de ce bâtiment... Un défaut qui s'avère être d'une grande qualité, car sans cela, je ne les aurais pas rencontrés.

Lors d'un séjour marseillais, j'ai eu la chance d'assister à une réunion du Cofor². Cette structure se distingue par son approche singulière du rétablissement en santé mentale. Cette approche est basée sur un nouveau paradigme « considérant l'utilisateur comme acteur de sa dynamique de rétablissement. » Cette structure unique en France, s'inspire du modèle des *Recovery Colleges* anglo-saxons. Mais avant de vous en dire plus, il me faut revenir aux épisodes précédents.

À Rennes, j'ai fait la connaissance de Sarah Jolly. Sarah nourrit une réflexion sur le traitement médical, social et politique des troubles psychiatriques. Sa recherche, elle la partage à travers son blog *Une si belle folie*³. Sarah se définit comme usagère-militante de la psychiatrie. La psychiatrie, elle la connaît bien. Son expérience est donc le point de départ de sa réflexion et des travaux passionnants qu'elle partage. Grâce à Sarah et aux portes qu'elle m'a ouvertes ici à Rennes, j'ai pu avancer à grand pas dans ma recherche et poursuivre mes propres réflexions sur la psychiatrie.

Voici un extrait de la définition du rétablissement que Sarah propose : « Quand on se rétablit d'un rhume, d'une jambe cassée, ou même d'un cancer, le rétablissement désigne l'absence de symptôme, or, le rétablissement en psychiatrie, ce n'est pas l'absence de symptôme, c'est une question de ressenti, de satisfaction, même si des symptômes persistent ou peuvent réapparaître. Ainsi, le rétablissement n'est pas associé à une absence de handicap. Le rétablissement, c'est un parcours, et une appréciation de ce parcours. L'idée principale du rétablissement, c'est que, malgré la maladie, malgré des symptômes qui persistent, il est possible de se construire une vie qui a du sens. Se rétablir, c'est reprendre confiance en soi pour mieux défendre ses intérêts, s'autodéterminer, opérer des

2/ coforetablissement.fr

3/ unesibellefolie.com

choix de vie et retrouver un sentiment de responsabilité envers soi-même. La notion d'espoir est indissociable de celle de rétablissement. Se rétablir, ou être en rétablissement, c'est accepter ses rythmes, ses limites et les difficultés du moment, et être prêt à essayer de nouvelles choses, à se construire de nouveaux outils, rendre possible la réussite tout en acceptant qu'échouer fait partie de ce cheminement fait de petits pas, de pas de géants et de pas en arrière. Se rétablir, c'est devenir son meilleur ami et célébrer toutes les victoires, des plus petites aux plus grandes. » Je vous invite à lire la suite de cette définition sur le blog de Sarah Jolly : Une si belle folie.

Le terme rétablissement est la traduction du mot « *recovery* » en anglais. Or, cela fait six ans que je côtoie ce terme dans le cadre du projet que je mène aux États-Unis. Je peinai jusqu'ici à le traduire, le mot guérison ne me satisfaisant pas. Là-bas, je travaille dans le domaine de l'addiction avec des personnes qui cherchent la *recovery* ou sont en *recovery*. Certaines d'entre-elles deviennent même des *recovery coach*.

Si jusqu'ici, je comprenais bien sûr de quoi il s'agissait, cela ne correspondait pas en français à un concept qui m'était familier. Et pour cause : la notion de rétablissement en santé mentale ne se diffuse que depuis une petite dizaine d'années en France.

Je me reconnais dans la définition que donne Sarah du rétablissement. Cette définition, je me dis qu'il faudrait la mettre dans les mains de toutes les personnes qui vivent ou ont vécu, comme moi, avec un trouble psychiatrique. Tant qu'on y est, il faudrait aussi la mettre dans les mains de leurs proches, de leurs collègues, et puis finalement, pourquoi pas la disséminer à grandes eaux dans toute la société ?

Je vous rappelle que 30% d'entre nous sont concernés. Et si l'on compte nos proches, ça fait combien ?

Mais revenons au Cofor, structure dont, vous l'aurez peut-être compris, j'ai découvert l'existence grâce à Sarah et ses compères usagers-militants rennais. Au Cofor, ceux que l'on nomme ailleurs usagers ou bénéficiaires sont appelés étudiants. Ils et elles suivent ou ont suivi le parcours de formation de rétablissement en santé mentale de l'association. Chacun et chacune assiste ou a assisté à un ensemble de modules qui valide le parcours de formation.

Une formation pour apprendre à se rétablir : étonnant non ?

Lorsque j'ai assisté à cette réunion hebdomadaire ouverte nommée *focus group*⁴, j'ai retrouvé l'approche et la philosophie de l'éducation populaire, celle-là même que nous mobilisons au sein de L'œil parlant⁵ (association basée à Nantes), en créant des espaces où les personnes peuvent remettre du sens sur des expériences de vie complexes ou parfois tragiques, des espaces où leur voix comptent plus que les autres, où elles reprennent des forces et retrouvent de la dignité. C'est ce que j'ai observé ce jour-là au Cofor.

Dans ma première lettre, je vous avais parlé du CSTC. La cafet de l'hôpital. Mon camp de base. Si la légèreté et la joie y sont toujours au rendez-vous grâce à la personnalité des soignante.s, elles ont ces derniers temps un goût amère. Des membres de l'équipe sont en arrêt depuis un moment. Par ailleurs, les recrutements sont difficiles à l'échelle de l'hôpital car la psychiatrie « n'attire pas ». Les plus motivé.es font de leur mieux mais je vois bien qu'ils et elles s'épuisent.

De mon côté, j'avance à grand pas vers la fin de ma résidence, me sentant déjà nostalgique de ces quelques mois passionnants passés aux côtés des patient.es de l'hôpital.

4/ Le focus group est un temps régulier d'échanges, de rencontre, d'accueil et de prise de décision entre les participant.e.s au Cofor et aussi avec les personnes qui souhaitent intégrer le projet.

5/ oeilparlant.fr

— JANVIER 2023

Comme le flux de la rivière qui s'écoule.

Comme le son du feu qui crépite.

Comme le mouvement des vagues qui s'échouent.

La vie dans les cafés.

Je vous écris du PMU de Chartres de Bretagne. Alors que ma résidence touche bientôt à sa fin, j'accorde du temps à l'écriture, à ces lettres qu'il me tient à cœur de vous écrire. Ce matin, je m'interroge sur les ressorts de mes pulsions créatrices. Je me demande particulièrement d'où vient mon besoin de confrontation à l'altérité, à l'autre, celui qui serait différent de moi par nature.

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question, un petit détour vers les théories psychanalytiques s'impose.

« Le processus de formation de l'identité passe par deux dimensions symétriques : l'identification qui permet de se construire comme l'autre et la différenciation qui permet de se construire en tant que soi. Être soi, vivre sa différence en se respectant et en respectant celle de l'autre est un chemin de différenciation. Ce processus de différenciation est impératif pour assurer le fondement de son identité et pour s'ouvrir à l'altérité.⁶»

L'altérité participe donc au processus de notre construction identitaire. En d'autres mots : se confronter à la différence nous aide à nous penser nous même, que cela soit dans une dynamique d'opposition ou de similarité. Théoriquement, ce processus identitaire se déroule durant la petite enfance, essentiellement dans la relation au parent. À défaut de vivre dans un environnement qui permet ce processus, l'enfant et l'adulte en devenir vivra avec des failles narcissiques qui pourront se traduire par des difficultés relationnelles,

6/ « Comprendre les blessures narcissiques » par Romaine Finzi, Psychologie Magazine, Mars 2023

une estime de soi diminuée, un manque de confiance en soi ou encore un sentiment d'insécurité.

Note pour plus tard : en parler à ma thérapeute.

Qu'exprime alors chez moi ce désir persistant d'aller à la rencontre de l'autre à travers mes projets photographiques ? La curiosité ne suffirait pas à expliquer mon obsession. Ce que je sais, et qui n'a pas grand chose à voir avec ma construction psychique, c'est que je déteste vivre avec des préjugés. Or, si j'observe les dynamiques d'attraction/répulsion qui m'agitent lorsque je choisis un sujet photographique, je constate, qu'en leur cœur, se trouvent souvent des préjugés, des peurs ou des représentations qui ne me satisfont pas. C'est d'ailleurs ce qui m'a amené à vivre six mois avec des personnes sortant de prison aux États-Unis, et c'est aussi ce qui m'a incité à vouloir travailler à l'hôpital psychiatrique cette année.

Au départ, comme je l'ai déjà expliqué, c'est mon propre parcours psychiatrique qui m'a donné envie d'explorer la thématique de la santé mentale. À l'expérience de patiente, j'avais besoin d'associer celle de la chercheuse. Or, à titre personnel, je n'ai jamais été hospitalisée en service psychiatrique. Au départ de ce projet, je ne sais donc rien de l'hôpital. Par contre, je sais que je vis avec des représentations dont j'ai envie de me délester. Ces représentations me viennent principalement de productions artistiques (art, littérature et pop culture) et de la figure populaire du « fou » ; le fou, c'est autre qui dérange. Ces représentations sont sombres et peu nuancées. Elles nient par ailleurs le rapport d'interdépendance entre les malades et leur société.

Du côté de la pop culture⁷, le cinéma (masculin) a produit de très bons films qui mettent en scène la folie : *Vol au-dessus*

⁷/ À ce sujet, lire le livre passionnant de Jean-Victor Blanc : *Pop & Psy - Comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques*

d'un nid de coucou (Miloš Forman - 1975), *Shutter Island* (Martin Scorsese - 2010), *Mulholland Drive* (David Lynch - 2001), *Psychose* (Alfred Hitchcock - 1960), ou encore *Black Swan* (Darren Aronofsky - 2010). Ce qui m'interroge cependant c'est la représentation persistante d'une « folie » qui serait nécessairement dangereuse pour la société. Les fous sont enfermés. Les fous sont des psychopathes, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnages masculins. Dans le cas des personnages féminins (*Mulholland Drive* ou *Black Swan*), la représentation de la folie est plus intérieure. Ici, les personnages se débattent avec leur souffrance, il me semble. Les personnages féminins semblent être davantage des dangers pour eux-mêmes. Notons au passage que les représentations de la folie sont bel et bien genrées.... Bon, en fait, pas besoin d'aller chercher du côté du cinéma pour cela. Merci Charcot⁸. Nous sommes toutes des hystériques en puissance.

Du côté de la photographie, le projet auquel on pense en premier est celui de Raymond Depardon (si on oublie ce cher professeur Charcot). Au début des années 1980, Depardon photographie l'asile de San Clemente à l'occasion du démantèlement des hôpitaux psychiatriques italiens. Ses photographies sont iconiques. On y retrouve les mêmes fous que ceux imaginés par Miloš Forman. Ces deux projets datent de la même époque ; c'est peut-être le premier (et très beau) film du documentariste américain Frederick Wiseman - *Titicut follies*⁹ - qui les a inspirés.

Ici, la fiction et le document proposent des regards similaires. Or, ces regards ne correspondent pas à ce que j'ai pu observer ces six derniers mois à l'hôpital. Pourquoi ? Voici plusieurs éléments de réponse et de réflexion.

Premièrement, je ne suis pas entrée dans les unités d'hospitalisation. J'ai travaillé en relais avec la cafétéria de l'hôpital et dans les espaces lisière entre la Cafet et les

8/ France info : «Augustine» : quand Charcot exhibait l'hystérie

9/ Ce film a fait l'objet d'une censure durant 20 ans aux États-Unis.

unités (chemin, parc, pied d'immeuble, terrain sportif). Je n'ai donc pas rencontré les patient.es lorsqu'ils et elles n'ont pas (encore) le droit de sortir. Cela constitue donc un biais dans mon expérience. Toutefois, ma production se situant du côté de l'art et non de la science, aucune rigueur scientifique ne s'impose à moi. Problème résolu. Aussi, les institutions psychiatriques et les sociétés ayant évolué, les patient.es auraient-ils/elles changé.es ? Et si c'est le cas, quelles en seraient les raisons ?

À ce stade, un petit point info s'impose.

Les troubles psychiatriques sont traditionnellement classés en deux catégories : les psychoses et les névroses.

Les troubles schizophrènes sont du côté de la psychose qui n'est pas une maladie, mais un ensemble de symptômes pouvant être associés à des troubles mentaux différents (dont la schizophrénie). On estime à 1% la population concernée par la schizophrénie. Sur l'ensemble des personnes diagnostiquées, 20% se rétablissent complètement, 40% pourront exercer une activité en milieu dit protégé, 40% ne se rétablissent pas. La différence principale entre la névrose et la psychose, c'est que du côté de la névrose, il n'y a pas de distorsion dans la perception du réel.

La bipolarité et les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la dépression, les TOC, les Troubles du Comportement Alimentaire - TCA, etc. se situent du côté de la névrose.

Durant ma résidence à l'hôpital, j'ai rencontré des personnes souffrant de troubles de type névrose (bipolarité, syndrome borderline, TCA, dépression, addiction, etc.), mais aussi des personnes vivant avec une forme de psychose. Parfois les deux. Seulement, lorsque je faisais leur rencontre, ces personnes étaient sorties de la phase aiguë qui les avaient initialement amené à l'hôpital.

Cela m'a offert la possibilité de montrer l'hôpital sous un autre jour. J'y ai photographié des troubles invisibles et me suis attachée à montrer leur banalité et leur étonnante complexité.

Finalement, j'ai vécu cette résidence habitée par un étrange sentiment de normalité. Je réalise aujourd'hui que c'est moins la pulsion d'un « aller vers » une forme d'altérité qui m'a mise en mouvement, que l'élan de faire corps avec mes semblables. Je ne fais pas ici référence à mes pairs - celles et ceux qui vivent avec un trouble psychique - mais tout simplement aux personnes avec lesquelles je me sens liée, car nous sommes en définitive les agents d'une même société, celle-là même qui est en partie responsable des violences (harcèlement au travail, violences sexuelles, violences conjugales, burn-out, etc) qui peuvent produire nos troubles psychiatriques.

__ MARS 2023

Il y a quelques années, alors que je visitais un musée londonien, j'ai découvert le travail des Guérilla Girls¹⁰, un collectif d'artistes militantes féministes. À travers les affiches qu'elles créent, elles dénoncent avec cynisme et humour le manque de représentativité des femmes et des personnes racisées dans l'art. Elles m'ont inspirée. Je me suis appropriée leur démarche pour l'appliquer à la santé mentale. Je vous laisse découvrir le résultat ci-dessous. J'ai pris beaucoup de plaisir à produire ce travail. Merci aux Guérilla Girls !

LES AVANTAGES DE VIVRE AVEC UN TROUBLE PSY :

Être expert.e en médicament et thérapie sans pouvoir en faire son métier.
Avoir beaucoup de temps libre, sans être capable d'en profiter.
S'entendre dire que l'on est un danger pour la société, alors que nous le sommes essentiellement pour nous-mêmes.
Devenir expert.e en argumentation, parce que l'on vous renvoie souvent que vous n'êtes pas malade et que votre pathologie est en fait une mode.
Ne pas avoir à vous soucier de l'évolution de votre carrière, car, de toute façon, elle est déjà derrière vous.
Vous sentir responsable de votre état, alors qu'il est la conséquence des violences que vous avez subies.
Être renvoyé.e aux marges de la société alors que vous êtes en son cœur.
Ne pas avoir à vous inquiéter de mourir vieux.
Être assuré.e que, quoi que vous disiez, vous ne serez jamais pris.e au sérieux.

ŒUVRE INSPIRÉE PAR LE TRAVAIL DES GUERRILLA GIRLS

10/ Les Guerrilla Girls sont un groupe d'artistes féministes fondé à New York en 1985 et connu pour créer et diffuser des affiches afin de promouvoir la place des femmes et des personnes racisées dans les arts. Dans leurs actions, le groupe utilise la tactique du détournement culturel. Leur première performance consista à poser dans les rues de leur ville d'origine des affiches décriant le manque de représentation de ces groupes sociaux dans les galeries et les musées.

Aujourd'hui, je souhaite interroger l'impact de l'invisibilité de nombreux troubles psychiatriques sur notre santé et celle de nos sociétés. Ici, je vais parler en mon nom et en celui de la majorité des personnes que j'ai rencontrées cette année à l'hôpital : parce nos fragilités et nos handicaps ne se voient pas, parce qu'ils sont complexes et souvent incompris, nous vivons avec une culpabilité parfois invalidante et souvent lourde à porter. Une sorte de parasite. Un truc qui vous ronge et vous dépossède de vos capacités et de votre vitalité.

Parce que oui, vivre avec un trouble psy c'est :

- Ne pas être capable de faire certaines choses (liées à la vie quotidienne et au travail) de façon constante et normée.
- Vivre avec une fatigabilité supérieure à la moyenne.
- Ne pas être suffisamment disponible pour nos proches, comme on le souhaiterait.
- Vivre avec une estime de soi et une confiance en soi qu'il faut porter à bout de bras et nourrir sans cesse si on ne veut pas qu'elles nous lâchent.
- C'est aussi apprendre à accepter toutes ces limites et à mettre en place des stratégies de survie physique et psychique pour garder la tête hors de l'eau. Et ça, je vous en ai déjà parlé, c'est ce que l'on appelle le rétablissement.

Vous savez donc désormais que invisibilité et culpabilité sont intrinsèquement liées. Pourtant, cela va plus loin encore.

Ce dont je dois vraiment vous parler c'est du validisme. Mais qu'est ce que c'est ? Notre premier indice c'est le « isme », ce suffixe bien connu des militant.es. On se fait une petite liste ? Racisme, sexisme, féminisme, classisme, spécisme, grossophobie... Ah non, excusez-moi, celui-ci ne rentre pas dans la liste ! Petit éclairage avec la définition du mot validisme par Le Robert : « Système faisant des personnes valides la norme sociale. Par extension : discrimination envers les personnes en situation de handicap. »

Je m'arrête là ou je continue ?

Poursuivons avec une autre définition : « En droit français, la loi du 11 février 2005, définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions (...) mentales, cognitives ou psychiques (...) ».

On a donc d'un côté un système de pensée normatif qui nous dit que la norme c'est d'être en bonne santé pour être un membre actif et productif de la société (accessoirement une personne de sexe masculin blanche cis-genre) et de l'autre, une multiplicité de particularités de capacités, d'origines, de genres, de cultures, de façons de penser et de voir le monde. La norme est donc une illusion car il n'existe qu'une infinité de particularités. Pourtant, l'injonction à la normativité est au cœur des rapports de domination qui favorisent les violences et les discriminations envers les particularismes.

C'est donc en partie parce qu'elles ont intégré, malgré elles, une pensée normée, que les personnes qui vivent avec un trouble psychique peuvent souffrir de culpabilité.

Si le combat est déséquilibré, il n'est pas perdu d'avance. De plus en plus de programmes de santé communautaire se développent en France. Ils remettent au cœur des parcours de rétablissement les patient.es. Ça aussi, je vous en ai déjà parlé.

Ce qui m'enthousiasme, c'est que certains courants féministes ont compris que le combat dépassait les rapports de genre, et qu'il concernait d'autres rapports de domination comme celui des blancs sur les communautés et personnes racisées, comme celui des êtres-humains sur la nature (souvent les hommes en fait – à ce sujet, faite des recherches sur l'éco-féminisme), des adultes sur les enfants, etc.

À quand une intégration du validisme¹¹ ?

Bien consciente que cette lettre, à l'instar des précédentes, est peut-être dense, je vous laisse digérer tout cela, et poursuivre au travers des références que j'ai eu à cœur de partager avec vous au travers de ce journal de résidence.

À bientôt.

Adeline

11/ Lire « Futures : comment le féminisme peut sauver le monde » par Lauren Bastide. Allary Éditions