

construire

BULLETIN DE LA DÉLÉGATION DE L'UNAFAM DES YVELINES

- 1— Editorial : Vie affective et sexuelle des personnes souffrant de troubles psychiques MC Charlès
- 2— Modern Love Dr Jean Laviolle
- 3— Le CBD un traitement pour les psychoses ? Dr Jean Laviolle
- 4— La recherche plaide pour le care Dr Jean Laviolle
- 5— Témoignage d'une mère recueilli par Andrée Balagué
- 6— L'enfant à la valise Martine Desrués et Jérémy Zytnicki
- 7— Intimager Séverine Ternisien
- 8— Santé affective, santé sexuelle Clouet Valéry
- 9— Vie affective et sexualité des personnes en souffrance psychique Extraits conférence Anne-Gaël Guio
- 11— « Et c'est moi qu'on enferme » Anne-Marie Leboeuf

Vie affective et sexuelle des personnes souffrant de troubles psychiques

Pour l'UNAFAM, reconnaître la vie affective et sexuelle des personnes souffrant de troubles psychiques semble répondre à la fois à un enjeu de santé et d'humanité.

Aujourd'hui, il est temps de briser ces tabous, de repenser les pratiques et d'affirmer que la santé mentale ne doit pas exclure le droit à une vie affective et sexuelle épanouies, ni à une **parentalité accompagnée et sécurisée**.

Les préjugés tenaces : (infantilisation, peur de leur incompétence parentale) et la pénurie de professionnels renforcent l'isolement et la souffrance, de ces personnes.

Les consultations par des équipes constituées de psychiatres, psychologues, gynécologues, sages-femmes, assistantes sociales, pédiatres montrent que l'accompagnement est possible. Encore faut-il qu'elles soient suffisamment nombreuses pour être généralisées et accessibles à tous.

Devenir parent quand on souffre de troubles psychiques est un défi, mais pas une impossibilité.

Bien sûr, le suivi prénatal est souvent centré sur la pathologie. Cependant, la préparation à la parentalité ne devrait pas être ignorée.

Des réseaux de périnatalité et santé mentale, qui associeraient psychiatres, sages-femmes et travailleurs sociaux permettraient d'accompagner la future maman et de

favoriser la création du lien mère-enfant. Cela éviterait le placement du nourrisson à l'ASE empêchant toute création de lien.

Le cloisonnement des services (PMI et psychiatrie) fait que les mères sortent souvent de la maternité sans soutien stable, de plus les pères sont rarement associés au suivi.

Pourtant, des dispositifs comme les unités mère-bébé en psychiatrie, les visites à domicile, les groupes de parole pour parents, montrent leur efficacité.

Pour avancer, il faudrait :

- **Investir** et former des professionnels de santé et du médico-social pour accomplir ces tâches.
- **Décloisonner** les parcours : apprendre à travailler ensemble, créer des passerelles entre psychiatrie, gynécologie, PMI et services sociaux.
- **Sensibiliser** les familles pour lutter contre les préjugés et favoriser l'inclusion et renforcer l'alliance thérapeutique.
- **Soutenir** la recherche et l'innovation, notamment sur les dispositifs d'accompagnement précoce et les outils de prévention.

En conclusion, reconnaître la vie affective et sexuelle des personnes souffrant de troubles psychiques, c'est reconnaître leur humanité et pour notre société, un choix de solidarité et de progrès.

Ensemble, faisons de la santé mentale et de la parentalité des chemins d'espoir, et... pas pour une année seulement !

Marie-Claude Charlès

Bonne année 2026



Site de la délégation de l'UNAFAM Yvelines : www.unafam78.com ; Délégation UNAFAM Yvelines : 13 rue Hoche 78000 Versailles ; tél.: 01 39 54 17 12

Accueil Famille : tél. 01 39 49 59 50 — Notre adresse : 78@unafam.org

Équipe de Rédaction : Patricia Bentz, Marie-Claude Charlès, Jean Laviolle, Anne-Marie Leboeuf, Sophie Nordberg, Pierre Sarreméjean

Modern Love : “Ce que j’ai appris de mon mari et...surtout de ses TOCs” !

Depuis vingt ans, le New York Times a publié des témoignages aussi riches qu’inattendus sur l’amour, l’amitié et la famille, dans la rubrique hebdomadaire « Modern love » .

Courrier International en a proposé, traduite en français, une sélection réservée à ses abonnés. Plusieurs de ces témoignages sont ceux de personnes ayant un proche parent malade psychiques. Voici, sans commentaires, le récit d’une femme confrontée aux nombreuses angoisses et obsessions de son mari...

Quand J’ai rencontré Mike, j’ai tout de suite été séduite, par sa franchise et sa gentillesse, son érudition... et un peu moins par son côté fouillis, désordonné.

Un beau matin, mon mari a remarqué un petit bouton rouge sur la lèvre de notre fils de quatre mois. Comme tout parent en manque de sommeil, il a allumé l’ordinateur et a lancé une recherche Internet : “bouton rouge lèvre bébé”. Vingt minutes plus tard, il est revenu livide et en hyperventilation. Il a même dû caler sa tête entre ses genoux pour ne pas tomber dans les pommes. Il avait découvert l’histoire d’un bébé ayant un bouton rouge sur la lèvre, et qui avait fini par tomber gravement malade.

Le bouton de notre fils s’est estompé en quelques heures, mais il annonçait effectivement des événements terribles : les troubles anxieux de mon mari.

Je ne savais pas pourquoi il avait réagi si violemment ce jour-là. Peut-être était-ce dû à l’épuisement de tous les jeunes parents ? Nous n’avions pas dormi plus de cinq heures d’affilée depuis des mois. Et puis, c’était normal qu’il s’inquiète. Mais jusqu’à quel point ?

Les années suivantes, il a eu d’autres crises, pour des choses apparemment sans importance : il paniquait et se laissait gagner par le découragement, comme si le pire s’était déjà produit. Chaque fois, je le rassurais jusqu’à ce que la peur se dissipe. Quelques heures plus tard, je retrouvais l’homme fiable et rationnel que j’avais épousé.

Puis je suis de nouveau tombée enceinte. À partir de là, l’anxiété de Mike, jusque-là occasionnelle, s’est installée pour de bon. Nous venions d’acheter un pavillon à Seattle, et tout à coup, mon mari s’est mis à voir le danger partout. Un jour de février, il a jeté dans notre poêle à bois un vieux débris de charpente laissé par l’ancien propriétaire, puis s’est rué sur l’ordinateur pour faire une recherche approfondie sur les risques de ce geste.

Vingt minutes plus tard, il est revenu livide et tremblant. “Oh non !” s’est-il lamenté en s’écroulant.

- « Que se passe t’il ?
- Je suis désolé, je suis tellement bête. Tu vois le morceau de bois que j’ai mis dans le feu ? Il a sûrement été traité à l’arsenic.
- Pourquoi tu n’y as pas pensé avant de le mettre au feu ?
- Je ne sais pas !
- Ça va aller, l’ai-je rassuré. On ne va pas mourir à cause de ça.
- Tu es sûre ? s’est enquis Mike. Promets-moi que je ne viens pas d’empoisonner notre famille.”

J’ai promis, encore et encore, mais il a fallu des jours pour qu’il s’apaise. Il nous a interdit de toucher au poêle pendant tout le reste de l’hiver.



Image IA

Et ça ne se limitait pas au poêle. Mike a développé une phobie pour tout ce qui, selon lui, était susceptible de nous faire du mal. Il nous a interdit de manger les myrtilles qui poussaient sur notre terrasse, au cas où le bois des jardinières aurait été traité avec de l’arsenic. Redoutant des intoxications alimentaires et du *botulisme*, nous devions jeter les denrées périssables dès que leur date de péremption approchait.

Le comportement soudain irrationnel de mon mari, en qui j’avais confiance, m’a déstabilisée. Je savais que ses angoisses s’expliquaient par son amour pour nous et sa volonté de nous protéger, mais la situation était devenue impossible à vivre. Plusieurs fois par jour, il se mettait à paniquer pour une raison obscure qui ne me serait jamais venue à l’esprit. Je tentais de le rassurer, en détaillant la situation d’un point de vue logique, en lui montrant à quel point ses peurs étaient ridicules.

Pour la première fois depuis notre rencontre, j’ai commencé à lui cacher des choses (oui, j’ai goûté les myrtilles de la terrasse). Notre vie s’est transformée en un combat quotidien pour surmonter ses crises les unes après les autres. Les gens anxieux ne font pas de projets, ils ne partent pas à l’aventure.

Mes tentatives pour le rassurer ne suffisaient plus. J’ai commencé à me demander si nous devions vivre à distance,

car il ne semblait pas capable de supporter la crainte que lui procurait le fait de vivre avec nous.

Paradoxalement, à force de se concentrer sur un problème imaginaire, il finit par ne plus voir les vrais dangers. Un jour qu'il déposait notre fils à la crèche, Mike a eu tellement peur d'avoir renversé quelqu'un sans s'en rendre compte qu'il s'est mis à scruter son rétroviseur, au lieu de regarder la route.

Ma psy m'a conseillée un spécialiste des TOC. On imagine souvent que les gens qui ont des TOC sont des "obsédés de l'ordre". Comment mon mari, si distrait, et qui ne plie jamais ses vêtements, pouvait-il avoir des TOC ?

Ce médecin spécialisé nous a expliqué que l'obsession de Mike n'était pas le rangement, mais la sécurité, en particulier ce qui touche aux intoxications et aux empoisonnements. Il cherchait sur Internet une réassurance inopérante. De même, chaque fois que je lui assuraient que tout irait bien, j'alimentais en fait ses TOC.

Nous avons dressé une liste de toutes les choses dont Mike avait peur, et les avons classées par importance. Puis il a dû affronter ses peurs, en commençant par les plus petites, et supporter la gêne.

Il a commencé par manger un fruit sans le laver. Puis il a laissé des chaussures pleines de boue (et donc de microbes) dans l'entrée de notre maison. Il a rallumé notre poêle à bois, à l'arrêt depuis longtemps. Aidé par des anxiolytiques, il s'entraînait à réagir différemment à ces situations, et à d'autres, qui l'auraient autrefois paralysé de peur.

Et maintenant 6 ans plus tard, c'est une histoire utile. Mike souffre toujours de crises d'angoisse, mais nous avons instauré un protocole, et cela a sans doute sauvé notre mariage, d'autant plus que la pandémie a apporté un stress supplémentaire :

- Lorsque l'angoisse risque de devenir problématique, il utilise une phrase codée pour se mettre à l'écart des enfants ("Papa doit aller réparer quelque chose dans la chambre").
- Une fois seul, il appelle un ami ou un membre de la famille pour avoir l'avis d'une "personne raisonnable" sur la conduite à tenir. Puis il doit faire ce que cette "personne raisonnable" lui conseille, c'est-à-dire rien, la plupart du temps.
- Il partage aussi son expérience le plus largement possible, et m'encourage à faire de même, dans l'espoir que notre histoire serve à d'autres personnes.

Nos enfants ont maintenant six et deux ans. Ils ont tous deux hérité du grand sourire de Mike, de son bagou, et de sa curiosité pour le fonctionnement des choses. Peut-être ont-ils aussi hérité de sa prédisposition aux TOCs.

À mes dépens, cette expérience m'a appris que :

- on ne peut pas toujours protéger les gens qu'on aime, peu importe l'étendue de nos connaissances ;
- nos projets et nos vies peuvent basculer à tout moment
- mais ça ne doit pas nous empêcher d'avoir des projets.

Résumé du *Courrier International* rédigé par :
Dr Jean Laviolle



Le CBD, un traitement pour les psychoses* ?

A -Commençons par quelques rappels de physiologie.

Le cannabis contient de nombreux composants chimiques, parmi lesquels :

-Le **THC** qui agit en tant qu'agoniste (stimulant) sur les récepteurs CB-1 et CB-2. Lorsqu'il se lie au récepteur CB-1, cela entraîne une augmentation indirecte de la **dopamine**, provoquant des effets tels que l'euphorie et l'exacerbation de la créativité. Par ailleurs, cette augmentation de dopamine, augmente le risque de symptômes psychotiques et joue aussi un rôle dans le cycle d'addiction associé à la consommation du cannabis .

La vente libre de produits contenant du CBD est autorisée, à condition que le produit contienne moins de 0,3 % de THC.

B- Plusieurs études ont exploré les effets du CBD sur la santé mentale, et sur ses potentielles applications thérapeutiques . En particulier :

B-1- Sur les troubles psychotiques, les symptômes positifs (délire, troubles du comportement...)

Il y a actuellement des études qui se sont penchées sur l'effet antipsychotique du CBD associé au THC. :

- Des études ont mis en évidence que les rapports plus élevés de THC/CBD dans le cannabis peuvent accroître les risques de psychose, tandis que des ratios plus bas pourraient réduire ces risques .

- Cependant, une autre étude plus récente a révélé que la consommation de cannabis avec la même dose de THC , mais avec ou sans CBD à dose élevée, ne modifiait pas les symptômes psychotiques, dans ces deux cas. Le **CBD** est un autre cannabinoïde connu. Le CBD agit comme antagoniste (freinateur) pour les récepteurs CB-1 et CB-2, de façon telle que d'autres agonistes (comme le THC) ne puissent plus se connecter avec ces récepteurs.

Contrairement au THC, le CBD ne provoque pas d'euphorie, n'augmente pas le risque de psychose et n'est pas addictif.

En France, le CBD a deux utilisations médicales reconnues :

- comme antiépileptique dans deux syndromes rares d'épilepsie juvénile souvent résistants aux autres traitements médicamenteux.
- - comme **réducteur des spasmes douloureux** dans la sclérose en plaques.

Une étude en double aveugle comparant le traitement de la psychose par du CBD à celui par l'amisulpride (Solian) a montré un effet thérapeutique similaire entre les deux traitements sur les symptômes positifs de psychose. D'autres études, associant neuroleptiques et CBD ont donné des résultats variables.

Les études qui n'ont pas révélé de résultats significatifs sur l'efficacité du CBD impliquaient des dosages plus faibles ou des administrations uniques.

Les résultats concernant l'utilisation du CBD dans le traitement de la psychose sont mitigés, bien qu'une tendance légèrement positive ait été observée, notamment pour les symptômes positifs (délires, troubles du comportement...). Aucune amélioration concernant les troubles cognitifs n'a été signalée dans ces études.

B-2- Sur l'anxiété sociale. On la définit comme « une peur intense associée à certaines activités sociales ou à des situations de performance où la personne est susceptible d'être observée par autrui ». Malgré le nombre limité d'études sur l'utilisation du CBD pour l'anxiété sociale, certains résultats prometteurs commencent à émerger.

Pour conclure

Toutes ces études menées sur la schizophrénie et l'anxiété sociale incluaient un **nombre limité de participants**, ce qui signifie que ces résultats restent sujets à caution. En plus, **le dosage approprié de CBD** n'est pas encore bien défini. Des résultats prometteurs émergent néanmoins.

En ce qui concerne d'autres maladies psychiatriques, il n'y a pas de preuve à ce jour que le CBD puisse être efficace.

Des études impliquant un nombre plus important de participants sont nécessaires pour évaluer de manière approfondie l'efficacité et la sécurité du CBD dans le traitement de ces troubles psychiatriques.

Dr Jean Laviolle

*Résumé d'un article des Drs. Platteau J, Dal S. « Quel est l'impact du cannabidiol sur la psychose ? » *L'Information psychiatrique* vol 101 N° 4-2025



La recherche Plaid Care : pour un moindre recours aux mesures coercitives.

La recherche PLAID-Care est née en 2021 de la rencontre entre des chercheurs en sciences sociales et des infirmiers, en vue de **travailler sur les établissements qui utilisent peu ou pas la contention et l'isolement**. Cela permet de faire l'hypothèse que limiter, voire se passer de la contention mécanique est un scénario crédible et que la France dispose de ressources dont on peut s'inspirer.

Méthodologie

Financée par l'Institut pour la recherche en santé publique (Iresp), l'étude s'est déroulée de novembre 2021 à octobre 2023 et comportait :

– une revue de littérature nationale et internationale ;

- Une **sélection de quatre sites** : deux hôpitaux entiers, et deux secteurs.

- le CH de **Val vert à Marseille** (CHV) et le CH de **Buech Durance** (CHBD) dans les **Hautes-Alpes**, qui ne recourent pas du tout à la contention, et ce, depuis leur création dans les années 1960/70.

- Puis 2 secteurs : le **75G03 du GHU Paris Psychiatrie** et le **59G21 de l'EPSM Lille Métropole**, qui affichent tous deux des taux très faibles. Les quatre sites sont ouverts.

Les outils d'investigation consistent en entretiens semi-directifs, observations et entretiens de validation.

Une question s'est posée : Comment font ces hôpitaux ?

Un premier constat général est que ces hôpitaux sont assez différents : par leur taille, leur localisation (urbain/rural), leur organisation et leurs références théoriques (psychiatrie de secteur ou communautaire, psychothérapie institutionnelle). Cela est intéressant et conduit à penser que le moindre recours à la coercition peut finalement fonctionner dans des contextes très différents.

Trois catégories de leviers ont été identifiées :

1°) **Première catégorie, la relation de soins**, avec une offre de disponibilité importante, un bureau infirmier ouvert la majeure partie du temps, et des soignants vigilants, à l'écoute. La priorité est donnée au temps de soin direct avec le patient, avec par exemple la présence d'un infirmier « de salle », qui reste dans les espaces communs avec les patients. Il faut d'abord bien connaître les patients et leur histoire, pour créer un lien de qualité avec eux. Cela facilite la négociation dans les moments difficiles.



2°) **Deuxième catégorie : le collectif de soin.**

Le moindre recours à la coercition nécessite une équipe soudée, dans laquelle on peut compter sur les collègues et passer le relai.

Avec un collectif de soins « élargi » : les infirmiers et les médecins, mais aussi les agents des services hospitaliers (ASH), les secrétaires, les psychologues, les travailleurs sociaux, définis eux aussi comme soignants.

3°) Troisième catégorie, le milieu de vie.

Avec d'abord des activités fréquentes, diversifiées, qui permettent de créer du lien, mais aussi, de **faire diversion lors de tensions**. L'ouverture des espaces et la circulation, permettent à des patients de prendre l'air et de diluer la crise dans un périmètre plus important. Et pour finir, des règles souples, individualisées qui contribuent à un climat plus apaisé.

Donc des leviers en prévention primaire ou secondaire pour éviter la crise, pour mieux la gérer. Et des leviers plutôt ordinaires : la relation, le collectif, le milieu de vie.

Cette attention portée à la relation demande aux soignants un investissement très important, avec en arrière-plan, un travail moins visible, une institution qui soutient le travail de soin !

Les équipes d'encadrement (cadres, médecins, directeurs de soins) gardent le cap du moindre recours, et surtout, accueillent, fidélisent et soutiennent les équipes. Avec l'idée **qu'il faut prendre soin des soignants pour que ces derniers prennent soin des patients.**

<https://reseauprosante.fr/articles/show/les-resultats-de-plaid-care-l-etude-des-etablissements-ayant-un-moindre-recours-aux-mesures-coercitives-3968>

Dr Jean Laviolle



Témoignage d'une mère : Lieu de contention, lieu de soumission

"Julien, par une chaude journée d'un dimanche du mois d'août, se sentit perdre le sens des réalités et, alors que son psy lui avait diminué sa dose de neuroleptiques, partit au commissariat de la ville des Yvelines où il vivait, pour déposer plainte contre son médecin.

Toutefois, décontenancé par l'ambiance du lieu où il pensait trouver un peu de compréhension, voire de compassion, son cerveau complètement chamboulé, l'amena à balbutier quelques mots incompréhensibles, si bien que les policiers comprirent rapidement que leur interlocuteur souffrait d'un quelconque mal difficile à identifier pour eux.

C'est dans ces circonstances qu'ils appelèrent ses parents avec lesquels Julien habitait. Quand le téléphone sonna sa mère, Anne, décrocha. Dès qu'elle comprit qu'il s'agissait de la police municipale, son cœur se mit à battre la chamade, craignant le pire. Le policier se voulut d'emblée rassurant et envisageait de reconduire Julien à la maison ou sinon de le transporter aux urgences. Anne répondit qu'il était nécessaire de le transporter vers un hôpital et qu'elle allait le rejoindre sans délai.

Arrivée sur place elle vit son fils transporté sur un brancard par deux pompiers. Julien fut immédiatement pris en charge, administrativement, par les urgences psychiatriques et Anne fut autorisée à l'accompagner. Cependant l'attente fut longue alors que deux psy discutaient entre eux sans sembler se soucier de la présence de Julien. Ce dernier se mit en colère et demanda, d'une voix forte, s'il y avait quelqu'un pour s'occuper des malades. Les psychiatres arrêtaient leur conversation et l'un d'eux a pris en charge Julien. Après un court entretien et après avoir consulté rapidement son dossier il fut, une nouvelle fois, hospitalisé. Conformément aux récentes lois il fut directement admis dans le service fermé, où les conditions de séjour étaient strictes. Visites interdites, sauf aux proches parents à certains moments, chambre meublée d'un seul lit, et un cabinet de toilettes. Dans le couloir déambulaient, souvent le regard hagard, quelques malades, visiblement peu loquaces. Cigarettes interdites, sorties en groupe deux fois par jour, avec l'autorisation de fumer seulement quatre cigarettes pendant la journée, le paquet étant soigneusement gardé par les soignants. Bien sûr un médicament était donné pour pallier le manque de nicotine journalier - Julien fumant facilement deux paquets par jour.

Après avoir repris un peu ses esprits Julien, choqué par le traitement qui lui était infligé, se révolta. Bruyant et révolté il commença par insulter les soignants, leur reprochant leur inhumanité, leur indifférence, jusqu'au moment où il a franchi la ligne rouge du tolérable. Les soignants décidèrent alors de pratiquer la contention physique, qui faisait suite à la contention médicamenteuse qui ne semblait pas avoir eu assez rapidement d'effet sur Julien. Mais aucun dialogue ne fut engagé par les infirmiers avec lui avant de pratiquer la contention, alors qu'il aurait fallu l'écouter et l'amener à libérer la parole pour exprimer la cause de son mal-être.

Sa colère augmenta d'autant plus, qu'attaché sur son lit, et pouvant à peine bouger, l'infirmier lui dit : "c'est moi qui ai toujours raison". Isolé dans sa chambre dont il ne pouvait sortir, il scruta tous les coins du lieu où il était enfermé, persuadé qu'il y avait une caméra de surveillance. Cet état le fit repartir dans son délire, perdant à nouveau tout contact avec la réalité et convaincu d'être surveillé et écouté.

Après plusieurs heures la contention cessa mais Julien fit de très gros efforts pour contenir sa colère après l'humiliation qu'il venait de subir. Il en résulta des réactions d'anxiété et de stress qui restent gravées dans sa mémoire. Il lui faut aujourd'hui encore lutter, parfois, contre la perte de l'estime de soi et de la perception qu'il a de lui-même, tant la tension de ce souvenir a anéanti sa fierté d'avoir réussi un Master en finances et d'être trilingue. La contention lui a définitivement dérobé, voire violé, son être le plus profond dans toute sa complexité. Il lui semble souvent avancer dans un labyrinthe d'incompréhension et de souffrances dont il ne trouve pas la sortie mais formule aussi fréquemment le vœu qu'un jour il pourra enfin guérir.



Image IA

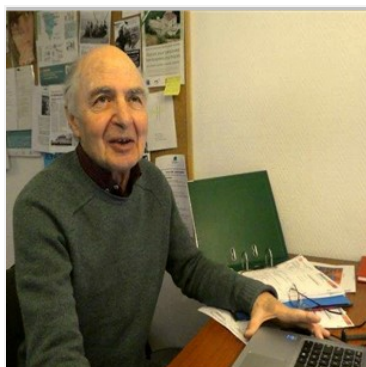
Pour Anne, qui prend toujours soin de lui, la contention semble être un soin périphérique, barbare, maléfique, destinée à maîtriser ceux qui aux marges de la société refusent les contraintes qui leur sont infligées par des soignants peu soucieux des conséquences de la férocité de leur agissement, (le terme féroce est employé encore aujourd'hui par Julien lorsqu'il se souvient de cet épisode).

De cette épreuve il résulta une difficulté à retrouver, lors de sa sortie de l'hôpital, un nouveau psychiatre, et la hantise d'être dirigé à nouveau vers un lieu de soins. Il refusa d'aller au CMP peu enclin à retrouver des soignants dont il se méfiait.

Aujourd'hui Julien va beaucoup mieux. Il prend tous ses médicaments et a enfin trouvé, après trois essais, un psychiatre en qui il a confiance et qu'il voit tous les mois.

Pour Anne il n'en demeure pas moins qu'il faut supprimer la contention physique et, à l'instar d'autres pays qui l'ont abolie, trouver d'autres formes de prise en charge des malades en cas de crise sévère.

Témoignage recueilli et rédigé par Andrée Balagué



C'est avec émotion et tristesse que nous avons appris le décès de notre ami YVES BÉGUIN le mardi 28 octobre 2025. Ses obsèques ont eu lieu au Chesnay le jeudi 6 novembre. Une gerbe de fleurs y a été déposée au nom de tous par la délégation

Au cours de son long et indéfectible engagement comme bénévole, des liens amicaux s'étaient tissés entre lui et nombre de bénévoles. Depuis seize ans, il travaillait le jeudi matin à la délégation pour la comptabilité, et partageait ses moments avec Patricia Sicot notre chargée de mission. Le départ d'Yves laisse un grand vide mais aussi de très beaux souvenirs. Nous présentons nos sincères condoléances à son épouse, ses enfants et ses petits-enfants.

L'enfant à la valise.

Martine Desrues, Déléguée départementale adjointe de l'UNAFAM 78 et Jérémie Zytnicki, Psychologue clinicien, Docteur et Chercheur en psychologie, ont été sollicités par la commune dans laquelle ils exerçaient pour mettre en place une action de sensibilisation au handicap psychique destinée à des élèves de CM2.

Depuis l'application de la loi du 11 février 2005, les enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire. Ayant fait le constat que les enfants en situation de handicap psychique, étaient davantage victimes de harcèlement scolaire et que, d'autre part ils éprouvaient souvent un sentiment de stigmatisation, ces professionnels de la santé ont décidé de mettre en place cette action de sensibilisation au handicap psychique.

Guidés par leurs expériences de terrain et leurs connaissances, ils se sont fixé pour objectif la création d'un outil destiné à une amélioration du climat scolaire.

L'article qu'ils ont rédigé permet au lecteur de voir comment on peut s'impliquer en milieu scolaire, pour susciter une réflexion sur l'acceptation des différences, et faciliter les prises de conscience des élèves.

Par ailleurs, ils ont pensé qu'une telle action pouvait susciter une discussion globale sur le thème de la différence, et ainsi participer à l'amélioration du climat scolaire en général.

Partant de ces constats, ils ont axé leur action sur la compréhension émotionnelle et le développement de l'empathie en privilégiant l'entrée ludique.

L'enfant à la valise, c'est l'histoire d'un enfant qui traîne une valise dont la lourdeur nuit à son inclusion à l'école élémentaire.

Au cours du jeu, les enfants vont s'apercevoir que si l'on se donne les moyens d'ouvrir la valise, on peut découvrir les mystères du monde intérieur de cet enfant.

Ils vont ainsi aborder diverses thématiques dans un contexte ludique, favorable à l'émergence de prises de conscience.

Les élèves sont plongés dans des situations de jeu qui leur permettent de découvrir que le handicap psychique, s'il n'est pas visible, est néanmoins perceptible dans ses manifestations brusques inattendues.

En jouant l'expérience du « non-choix » du porteur de handicap, ils réalisent que ce n'est pas un choix d'être handicapé.

Le thème de la stigmatisation, a suscité des réactions très justes, que traduisent certaines définitions énoncées par des enfants : « la stigmatisation c'est rejeter l'autre à cause de sa différence » ou « la stigmatisation c'est la peur d'être rejeté ».

Enfin, les acteurs de cette initiative ont représenté le handicap psychique par une valise lourde donc contraignante et difficile à porter.

Ils ont élaboré un parcours avec cette valise lourde à porter seul . Les enfants éprouvant cette difficulté, ont ainsi fait l'expérience de leur solitude face à cet inconfort. et ont donc compris qu'elle paraîtrait plus légère à porter à plusieurs.

<https://doi.org/103917/bvsvy.151.0005>

Martine Desrues & Jeremy Zytnicki



INTIMAGIR à la rencontre des adhérents de l'UNAFAM 78
Intimité, affectivité, parentalité des personnes vivant avec un trouble psychique :
Pourquoi tisser du lien ?
Comment accompagner sans juger ?

Le 27 septembre 2025, le Centre Ressource **Intimagir Île-de-France**, porté par le **CREAI Île-de-France**, est intervenu auprès de l'**UNAFAM 78** (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques).

Avec les personnes porteuses d'un trouble psychique, les aidants, les bénévoles, nous avons ouvert un espace de réflexion et d'échange autour de la vie intime, affective et sexuelle des personnes. Ce fut l'occasion également de présenter des ressources pour accompagner la parentalité de ces personnes et relever les défis liés à l'usage des réseaux sociaux.

Nous nous sommes accordé à considérer nos échanges sous l'angle de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles. Ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence.* »

Créés à la suite du Grenelle contre les violences conjugales de 2019, les centres **Intimagir** constituent un dispositif national de ressources, dédié à la vie intime affective et sexuelle, à la parentalité et à la prévention des violences sexistes et sexuelles envers les personnes en situation de handicap.

Sur le site : www.intimagir-idf.fr , des ressources sont disponibles pour informer, orienter : personnes en situation de handicap, familles, professionnels, établissements sociaux et médico-sociaux.

Le Centre Ressource propose également un accueil téléphonique, des formations et des actions de sensibilisation. Prendre en considération les besoins et les aspirations en matière de sexualité, d'affectivité, de vie relationnelle ou encore de désir d'enfant, favorise l'autodétermination, limite le risque d'isolement et prévient les situations de vulnérabilité, les situations à risques.

Ne pas aborder ces sujets : « c'est priver la personne d'une part d'humanité et de bien-être ».

Nous avons exploré ensemble trois grandes thématiques au cœur des préoccupations des familles :

1-Le consentement : dès le plus jeune âge, dans toutes les dimensions de la vie, la notion de consentement s'envisage comme un processus de connaissance de soi, de discernement et de confiance — au-delà de la seule dimension sexuelle.



Séverine Ternisien-
Conseillère technique Intimagir Île-de-France et CREAI Île-de-France

Consulter :

- ◆ <https://questionsexualite.fr/lutter-contre-les-violences-et-discriminations/le-consentement/qu-est-ce-que-le-consentement>
- ◆ Guide Troubles psychiques et sexualités de La Maison Perchée : <https://www.maisonperchée.org/publications>
- ◆ -Arrêtons les violences : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>

2-La parentalité, souvent freinée par les représentations sociales et le manque de soutien des professionnels, elle peut être accompagnée grâce à des dispositifs tels que **CAP PARENTS** (Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes en situation de Handicap), le dispositif d'accompagnement parental de l' UNAFAM (Gratuit et confidentiel : accompagnement-parental@unafam.org Ou : 01 53 06 30 43

Consulter :

La plateforme de rétablissement :

- ♦ <https://www.ctsm78nord.fr/plateforme-rehab-78nord/>
- ♦ <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/parent-en-situation-de-handicap-qui-peut-vous-accompagner>

L'association Etincelles&co : pour accompagner un enfant qui sent que son proche souffre.

www.etincellesandco.com

Prendre soin de sa santé mentale quand on est parent :

<https://www.psycom.org/sinformer/la-sante-mentale/la-sante-mentale-des-parents/>

3- Les réseaux sociaux : un espace

d'expression et de rencontres mais aussi de vulnérabilité, où l'éducation au discernement et à la protection en ligne devient cruciale.

Consulter :

La plateforme PHAROS : signaler un contenu illicite :

<https://internet-signalement.gouv.fr/>

L'application 3018 : protéger les enfants victimes de cyberharcèlement : <https://e-enfance.org/le3018/>

Pour conclure, gardons en mémoire la parole des personnes concernées présentes : « *Nous avons le droit à l'information, le droit à l'éducation et nous souhaitons que chacun ait une approche positive de notre vie intime, affective et sexuelle.* »

Séverine Ternisien



Santé affective, santé sexuelle

Intervention de **M. THULINPINAUD-MERLIN Noël**, médiateur de santé-pair, MSP coordinateur & **M. CLOUET Valéry**, infirmier en pratique avancée— sexologue clinicien

La santé affective, et son corolaire la sante sexuelle, des personnes vivant avec un trouble psychique sont de plus en plus prises en compte par les proches-aidants et les professionnels de santé qui les accompagnent dans leurs parcours de rétablissement.

Cela est d'autant plus important que la littérature nous montre que cette attention en est encore qu'à ses débuts malgré l'impact important de la maladie et des thérapeutiques sur la santé affective et sexuelle de ces personnes. Ainsi les symptômes de la maladie psychique

peuvent entraîner un repli sur soi, des hallucinations, une perte d'envie, des difficultés à percevoir ses émotions ou encore entraîner une baisse de l'estime de soi ; toutes choses qui ne facilitent pas les liens affectifs, ni leurs stabilités.

Les traitements psychotropes, quant à eux, impactent fortement le fonctionnement physiologique de la sexualité : les neuroleptiques favorisent les troubles érectiles, les troubles de l'orgasme ou encore la baisse de la libido. Les antidépresseurs peuvent également impacter la santé sexuelle au travers de la baisse du désir par exemple.

La littérature nous montre également que l'accès à la contraception est moins facile pour les personnes vivant avec un trouble psychique, qu'elles sont plus souvent victimes d'agression ou de violence sexuelle. Au regard de toutes ces difficultés, la prévention des infections sexuellement transmissibles est également un axe majeur de travail de sensibilisation des personnes concernées, mais aussi de leurs proches et des soignants les accompagnant.

Malgré toutes ces données scientifiques, il est toujours difficile tant pour les proches et les usagers que pour les soignants , d'aborder la santé affective et sexuelle. Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer ce phénomène ?

Tout d'abord, le tabou social est présent chez chacun d'entre nous : nous ne parlons pas de notre vie affective et/ou sexuelle facilement même avec des proches. Cela relève du domaine de l'intime et nous projetons notre pudeur à en parler sur notre interlocuteur.

Les soignants hésitent à aborder cette thématique par manque de connaissance en la matière, de difficultés à orienter vers des professionnels ad hoc ou encore en minimisant inconsciemment les effets des traitements au regard des bénéfices sur les symptômes.

Les usagers relatent de leurs côtés la même pudeur à échanger avec des proches ou les soignants qui les accompagnent. Ils décrivent aussi le sentiment que leurs difficultés en termes de santé affective et/ou sexuelle ne sont pas vraiment prises au sérieux par l'entourage professionnelle et familial. La notion d'intimité et de confidentialité est également mise en avant par les usagers pour expliquer leur difficulté à questionner leurs entourages professionnel ou familial sur ce sujet sensible.

Alors comment faire pour pouvoir aborder cette question somme toute importante en termes de qualité de vie et de facteurs de rétablissement ?

Nous pensons qu'il est nécessaire, en amont, d'être au clair

avec ses représentations et ses limites au sujet de la sexualité et des liens affectifs qu'il nous est possible de créer. Cette « mise au clair » personnelle permet à chacun de savoir s'il se sent prêt à échanger sur la santé sexuelle et affective avec une autre personne.

Ensuite pouvoir ouvrir la possibilité de l'échange en le mentionnant ou en rebondissant sur un propos, un mot, une situation permet d'ouvrir le débat. Un moment convivial où mentionner la possibilité d'échanger semble propice est tout à fait possible. Cela laisse la possibilité à la personne de saisir la perche tendue ou la laisser passer.... L'important nous semble être de pouvoir donner la possibilité d'une écoute des inquiétudes des personnes sans obligation d'apporter une réponse. Ecouter et accueillir, c'est faire preuve d'humaine compréhension et de solidarité. Rien que cela favorise le rétablissement et améliore la santé affective et sexuelle de chacun.

Bibliographie :

The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study “ McCann E.. J Psychiatr Ment Hlt Nurs. 2010

“The governance of sexuality in a Recovery-oriented mental health service: Psychosis, consumers and clinical approaches”. Evans AM, Quinn C, McKenna B. J Psychiatr Ment Health Nurs. avr 2020

Guide « Pour aborder la santé sexuelle en consultation » disponible [www. Guide : aborder la santé sexuelle en consultation - RÉSEAU DE SANTÉ SEXUELLE PUBLIQUE \(RSSP\) \(santesexuelle.org\)](http://www.guide-aborder-la-sante-sexuelle-en-consultation-reseau-de-sante-sexuelle-publique-rsssp-santesexuelle.org)

"Question Contraception" nouvelle version. Santé Publique France mars 2024



Vie affective et sexualité des personnes en souffrance psychique

Avec l'aimable autorisation de l'UNAFAM Côte d'or

Synthèse de la conférence du 28 mai 2016 animée par Anne-Gaël Guiol psychologue clinicienne
Extrait du texte concernant **la maternité, la parentalité, la relation avec l'enfant**

Se marier et fonder une famille est un droit pour tous

La réglementation a été fixée en 2010 lorsque la France a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par les nations Unies en 2006. Elle stipule que « se marier ou fonder une famille est un droit reconnu pour tous, y compris pour des personnes qui seraient reconnues handicapées. » De plus être sous curatelle ou même sous tutelle ne modifie pas ce droit, la tutelle n'entraîne pas la privation de l'autorité parentale .

...mais le bien-être de l'enfant doit aussi être assuré,

D'un autre côté, c'est l'intérêt de l'enfant qui prévaut à toute décision concernant son éducation. La Convention Internationale des droits de l'enfant de 1989 stipule dans son article 18 que « pour garantir les droits de l'enfant, les états accordent l'aide appropriée aux parents et représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant, et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services, chargés de veiller au bien-être des enfants. »

Quel compromis trouver avec la maladie psychique ? Il n'y a a priori aucune raison de refuser aux personnes souffrant de troubles psychiques le droit de donner la vie. Donc la première chose à faire est de reconnaître le désir d'enfant comme une aspiration légitime, donc de le prendre en compte et de l'écouter.

Avoir un désir d'enfant c'est être comme tout le monde, c'est dépasser sa maladie, c'est dépasser son handicap. Même si en final, pour une raison quelconque, la personne renonce à ce projet, le fait de reconnaître son désir comme légitime et d'accompagner sa réflexion, participe à son processus de rétablissement en lui donnant la possibilité et la capacité de se projeter dans l'avenir.

...mais il y a un risque avec la prise de médicaments

Les femmes enceintes souffrant de troubles psychiques sont classées comme groupe à risque. Ce peut être le risque dû aux effets des médicaments sur le fœtus ou encore des risques de crises ou de rechutes en cas d'arrêt du traitement. Faut-il courir ce risque pour la mère, pour l'enfant ?

...mais il y a le risque de devoir choisir entre quitter son lieu de vie et placer son enfant

Avoir un enfant ne rend pas plus autonome. Au contraire, le besoin de soutien devient encore plus fort.

Le problème est que la réglementation actuelle ne prévoit pas qu'un établissement, médico-social par exemple, puisse accueillir de façon permanente l'enfant d'un résident. Cela signifie que garder son enfant pourra impliquer de quitter son lieu de vie. Pourtant quand on désire un enfant, ce n'est pas pour qu'il soit placé et élevé par d'autres.

Une étude réalisée par le Conseil Départemental du Val d'Oise a montré que sur les 125 personnes reconnues travailleurs handicapés du département, tout handicap confondu, 25 étaient parents. Une enquête complémentaire a montré que 50% des enfants ayant des parents reconnus handicapés ne vivaient pas avec eux.

...pourtant assumer l'éducation d'un enfant est possible dans un environnement favorable

Une thèse présentée par Marc Boily en 2009 à l'Université Laval au Québec portant sur l'exercice parental chez les personnes souffrant de troubles psychiques, montre que les facteurs environnementaux sont essentiels dans la réduction ou l'accroissement des risques :

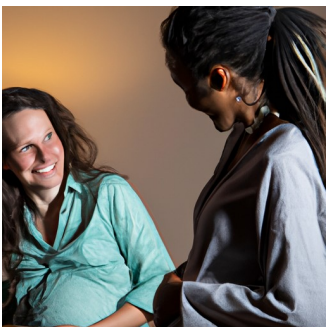
« - Des parents souffrant de troubles mentaux sont à priori en mesure de satisfaire les besoins de leur enfant.

- Si des difficultés se présentent, elles peuvent n'être que ponctuelles.

- Ce qui fera la qualité de leur prise en charge, ce seront leurs ressources financières et matérielles, la taille de la famille, l'âge des enfants, le soutien de leurs proches, un réseau social et des services en place.

- Le facteur de protection le plus important est le réseau social. Les mères qui en bénéficient sont plus présentes auprès de leurs enfants et développent une relation mère-enfant plus positive.

- Pour répondre aux attentes, aux questions, aux responsabilités et aux besoins particuliers de ces nouveaux parents, il faut mettre en place des groupes de soutien et des programmes d'intervention. L'adhésion à un groupe de pairs apporte et partage l'expérience de tous les participants. »



Ajoutons que vu l'importance de l'environnement, la famille aura aussi sa part de décision sur l'opportunité d'une maternité, d'autant plus que c'est bien avant la naissance que devront être mises en place des stratégies préventives et thérapeutiques d'accompagnement.

...mais quel est le risque de transmission héréditaire de la maladie psychique ?

Il existe des études françaises concernant la transmission héréditaire de la schizophrénie.

Sur 1% de la population qui en souffre, chez les adultes dont 1 parent est malade, 7% des enfants risquent de développer une schizophrénie. Si les deux parents sont malades, 27% des enfants risquent de développer une schizophrénie. Cette probabilité passant à 50% entre vrais jumeaux prouve que le phénomène n'est que partiellement héréditaire.



...pourtant assumer l'éducation de ces enfants est possible avec accompagnement, adaptation et information

Les enfants nés de mères psychotiques sont identifiés comme à haut risque par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1975. C'est-à-dire qu'ils justifient de mesures d'accompagnement et de prévention.

L'enfant court trois risques :

- de développer une maladie mentale en partie héréditaire

- de troubles de son propre développement

- de souffrances s'il est confronté aux épisodes aigus de ses parents .

...mais il importe que la mère reste en contact avec son enfant,

Même si un enfant éprouve des difficultés à vivre auprès d'un parent souffrant d'une vulnérabilité mentale ou d'un trouble psychopathologique, il est important que la mère garde son enfant.

« Cependant la maladie psychique du parent ne doit pas compromettre la sécurité physique, psychique et morale de l'enfant. Pour cela il faut que ce contact soit supportable et adapté à l'enfant, selon son âge et sa maturité. » D'après " *Les enfants de parents malades mentaux* " par Yves-Hiram Haesevoets

...mais il importe que l'enfant soit mis au courant de la maladie de sa mère,

« Selon son âge et sa maturité, il importe que l'enfant soit mis au courant de la maladie de sa mère, de ce qu'elle signifie et de ce qu'elle implique. Avec ses impondérables et ses crises probables, la maladie du parent est un fait réel.

Confronté ainsi à cette dure réalité, pour éviter que son imagination le fasse fantasmer, l'enfant doit pouvoir se forger son opinion et s'en ouvrir à d'autres. Ainsi guidé par ses intuitions et son sens de l'observation, l'enfant comprendra que son parent est psychologiquement fragile avec même parfois des attitudes bizarres. L'enfant mis en confiance nouera alors une relation plus sereine avec son parent. »

D'après *"Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale - Regard sur la parentalité"* par Sarah Coté-Delisle

...et les relations entre cette parentalité particulière et l'enfant peuvent aussi être harmonieuses.

« J'ai toujours su que je n'étais pour rien dans ce qui arrivait à ma mère. D'ailleurs, nous discutons ouvertement de ses crises, bien que cela réanimait chez elle de vives émotions. Nous trouvions même la capacité de rire de certaines anecdotes survenues durant ces périodes de moindre lucidité. Nos échanges représentaient un véritable baume, un pur moment de complicité. En somme, ce passé peu banal m'a façonnée sans pour autant nuire à mon développement. J'affirmerai l'avoir vécu avec résilience »

Il est intéressant d'entendre pour une fois le point de vue de l'enfant, celui dont on dit partout qu'il faut défendre ses intérêts.

« Les personnes atteintes de troubles mentaux vivent la parentalité comme une expérience positive, ma mère en témoigne. Son rôle de parent l'a plus d'une fois aidée à retomber les deux pieds sur terre. Or bien que la maladie mentale d'un parent ne soit pas sans conséquence sur l'enfant, ce parent ne doit pas pour autant être privé du droit d'exercer son rôle parental. Au contraire il importe plutôt de mettre en œuvre des stratégies d'aide efficaces qui répondent véritablement aux besoins de chacun des membres de la famille et de l'entourage. »

Extrait de *"Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale - Regard sur la parentalité"* par Sarah Coté-Delisle

Des progrès sont à venir avec le développement des unités de périnatalité Le regard de la société évoluant, il est plus facile aujourd'hui de multiplier les contacts entre enfants et personnes atteintes de troubles psychiques. Il devrait en être de même du regard que porte la société sur cette parentalité particulière.

Avec l'amélioration des traitements et l'efficacité grandissante des thérapies proposées, ces patients de mieux en mieux soignés pourront plus facilement vivre comme tout le monde, satisfaire leur envie de couple et de vie de famille. Encore faudra-t-il que les moyens et les structures suivent. Il existe bien en France quelques unités de périnatalité mais elles sont encore en nombre insuffisant. Citons le Groupe soutien mère-enfant de l'hôpital de Pontoise ou encore le Service hospitalier mère-enfant de moyen séjour du Vésinet.

Pour contacter ces hôpitaux :

Pontoise :

Consultation pour les femmes enceintes avec troubles psychologiques. Bâtiment B ·

Téléphone : 01 30 75 48 30

Le Vésinet

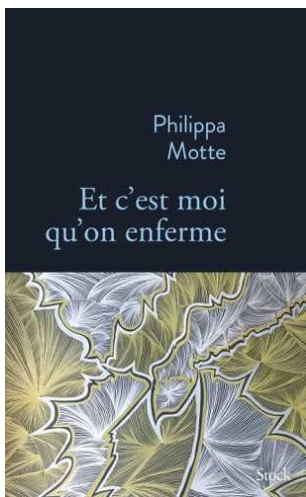
Mail: secretariat.spn@hopital-levesinet.fr

Téléphone : 01 30 15 80 00



NOUS AVONS LU POUR VOUS :

Et c'est moi qu'on enferme de Philippa Motte



« Il faut que je vous parle de leurs yeux. Quatre petites billes brunes pointées sur moi comme une invitation à ne pas lâcher. Paul et Félix ne me sauvent pas la vie mais ils existent et leur existence change tout ». C'est ainsi que Philippa Motte, 31 ans nous présente ses deux petits garçons (3 ans et 18 mois). Après une troisième hospitalisation pour sa bipolarité et une nouvelle dépression, **sa maternité la préserve de la tentation du suicide.**

L'ouvrage s'ouvre sur les circonstances de cette dernière hospitalisation. Fragilisée par deux grossesses rapprochées et la fatigue sournoise qu'elles ont occasionnée, Philippa perd pied peu à peu. Un soir, elle se retrouve seule dans un Mac Do, sans argent, ayant vidé son compte en banque. Appelé au secours son père la fait hospitaliser.

L'hôpital, c'est la découverte d'un univers étrange, peuplé de personnages singuliers, désespérés, loufoques : Marc, bardé de bracelets, Karim, fan de produits de beauté, crèmes et parfums, Sophia, vêtue d'une longue robe de chambre rose tachée, David, obsédé par la propreté, Nicole qui lit Le Figaro. Les observant au début avec une sorte de détachement amusé, très vite, elle est frappée par l'authenticité et la générosité de ceux qu'elle va bientôt appeler « mes potes ». Pour Philippa, l'enfermement psychiatrique, c'est « la fragilité à l'état brut. La faille. L'humain »

Philippa Motte est habitée par un personnage qu'elle dénomme La Guerrière, une sorte de double, le plus souvent combatif et agressif. Plus rarement, celle-ci l'aide à tempérer ses humeurs et à luvoyer dans un monde hostile.

Le livre est un réquisitoire contre cet univers où tout est soumission, contrainte, dénué de compassion, de confiance et de réelle communication. Philippa Motte prône l'authenticité qui est, selon elle, « la meilleure carte à jouer ». Le contact avec les malades, « parias » de la société, l'a rendue plus douce, plus amicale. A la sortie de l'hôpital, au retour à la normale, la prise de conscience d'être totalement « sortie des rails » est brutale. Les regrets d'avoir provoqué une grande inquiétude, une profonde tristesse chez ses proches et d'avoir fait exploser sa vie sont poignants. « Comment renaître au monde maintenant ? » se demande-t-elle.

Enumérant, dans les dernières pages les manquements de notre société : mensonges, trahisons, manipulations, conflits, abandons, divorces, enfants battus, relations toxiques, elle utilise le mot de « folies normalisées ». Alors, comment faire la distinction entre « folie » et « normalité » ? Le titre du livre, « Et c'est moi qu'on enferme » plonge au cœur du problème.

Après un premier roman « C'est ma mère qui m'a tout raconté » P.Motte a écrit ce récit autobiographique « Et c'est moi qu'on enferme ». Elle se rétablit enfin après un parcours chaotique, marqué par plusieurs hospitalisations sous contrainte. Puis, elle devient consultante et formatrice dans les entreprises et les établissements de soins, sur les sujets liés à la santé mentale ; question, pour elle, incontournable dans notre société.

Dépasser son expérience douloureuse pour la rendre profitable aux autres, c'est la renaissance qu'elle a choisie.

Anne-Marie Leboeuf

Qui est Philippa Motte ?



Les premières lignes du livre « Et c'est moi qu'on enferme », publié en 2025, ont été écrites en 2010, après la rencontre de Philippa Motte avec un psychiatre, créateur de l'association **Clubhouse***

A ce moment-là, pour la première fois, elle a l'impression d'être considérée comme une « **interlocutrice valable** » par celui qui lui demande de témoigner sur sa maladie et ses hospitalisations.

Elle considère qu'il **est fondamental de demander aux malades ce qui est important pour eux dans ce qu'ils ont traversé**. « Ne pas lâcher ce qui est précieux » a-t-elle revendiqué dans une interview. C'est cela qui va les aider à se reconstruire plus tard. Pour elle, ce fut « le dessin, l'écriture, la spiritualité ».

Elle a fait des études d'histoire à la Sorbonne et un master en communication politique. Elle a été diagnostiquée maniaque-dépressive à 20 ans.

Elle est actuellement formatrice et consultante sur la thématique de la santé mentale et du handicap psychique au travail, ainsi que pair-aidante dans le domaine familial et médico-social. Elle a rendu hommage à « ses compagnons de route », hospitalisés avec elle. C'est la découverte de leur humanité qui a déterminé le métier qu'elle a choisi. Elle affirme que son militantisme et sa vocation dans le domaine médico-social sont la conséquence de l'expérience qu'elle a acquise à leur contact.

Anne-Marie Leboeuf

- (réseau dédié à l'accompagnement de malades psychiques).
- Pour faire connaissance avec elle : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/l-interview-de-9h20/l-itw-de-9h20-du-lundi-09-juin-2025-3156939>