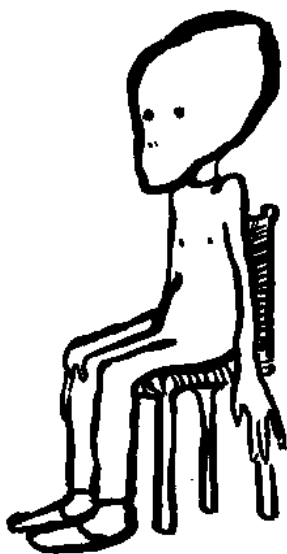


# **PSYCHIATRIE**

# **LA PEUR**

# **CHANGE DE CAMP**



**GIA**

**GROUPE INFORMATION ASILES**



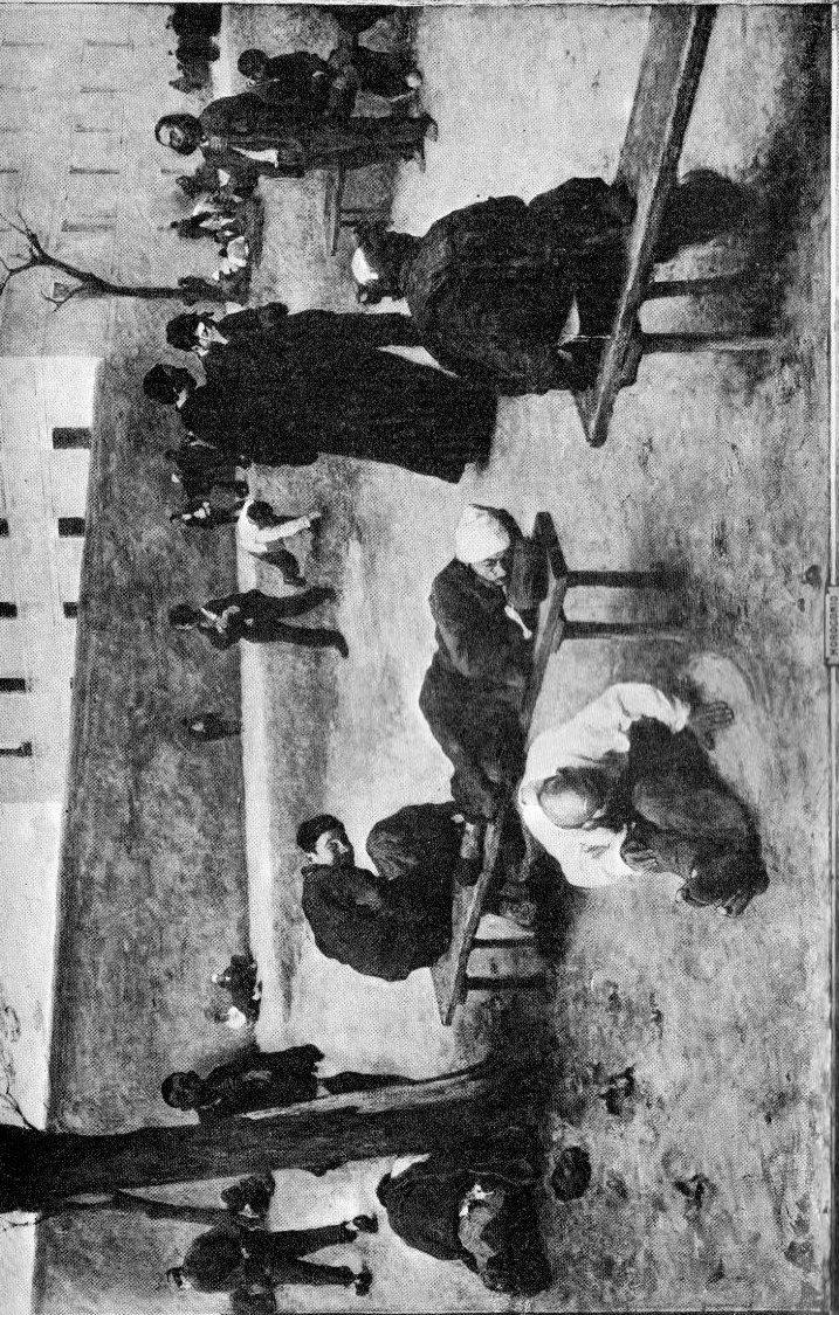
## PSYCHIATRIE

### LA PEUR CHANGE DE CAMP

G.I.A.

Groupe Information Asiles

73, rue Buffon - 75005 Paris



## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

- 09 – Les discours des psychiatres
- 10 – La fonction politique de la psychiatrie
- 13 – Enfermer le fou et l'exalter

### I

#### LA « SCIENCE PSYCHIATRIQUE » AU SERVICE DE L'ORDRE BOURGEOIS

- 15 – Les pouvoirs de la parole
- 17 – La soi-disant demande de soins
- 21 – La psychiatrie au service de la répression

### II

#### LA LOI BOURGEOISE AU SERVICE DE LA « SCIENCE PSYCHIATRIQUE »

- 25 – Une loi contre les malades
- 26 – Le système des placements
- 28 – Y a-t-il des recours possibles ?
- 28 – Les pouvoirs de la famille
- 31 – La loi qui enferme peut-elle libérer ?
- 33 – Les intouchables : le préfet, le médecin-chef

photo Viollet

### III

#### LA MACHINE ASILE/SECTEUR

- 35 – Les travailleurs de la santé mentale
- 36 • la chaîne orthopédique
- 37 • qu'est-ce qu'un bon infirmier ?
- 37 • témoins et agents de la violence
- 39 • la rengaine sur la grande misère des hôpitaux psychiatriques
- 40 – Les internés
- 41 • le grand silence asilaire
- 43 – « Hygiène mentale » à domicile

### IV

#### PERSPECTIVES DE LUTTE

- 47 – Contre le terrorisme de la loi
- 48 • le Comité de défense des internés
- 49 – Contre le terrorisme du savoir
- 50 • les groupes de quartier
- 51 – Dépsychiatriser la folie
- 51 • sortir la folie de son statut privé

---

#### BROCHURES DU G.I.A

1. Psychiatrie : la peur change de camp
2. L'Affaire L. : un exemple d'internement arbitraire, preuves à l'appui
3. Les thérapeutiques psychiatriques

#### RÉUNIONS DU G.I.A. :

Tous les lundis à 19 h. Université Paris-VII, 2, place Jussieu - Paris-5<sup>e</sup>  
Tour 46 - 4<sup>e</sup> étage - Couloir 45-46

Un silence incroyable, véritablement scandaleux, règne sur l'ensemble de l'appareil asilaire. Un silence sans comparaison possible avec celui qui est imposé aux autres institutions totalitaires de la société capitaliste. La répression quotidienne s'abat sur les malades d'abord, mais sur le travailleur de la santé aussi. Un filtrage systématique est imposé à toutes les informations qui peuvent sortir de ses murs (en commençant par l'ouverture du courrier des internés). Une image mensongère, rassurante ou au contraire exploitant le pire sensationnalisme est diffusée dans la grande presse comme à la T.V.

Deux exemples permettent de montrer que le pouvoir tient à maintenir ce silence. Ainsi, l'Assistance Publique, soucieuse de sa bonne « image de marque » auprès de la population, a-t-elle décidé de « largement » ouvrir ses portes au mois de mai 1973. Sur la longue liste d'établissements hospitaliers qui était proposée, bien malin qui aurait pu déceler le moindre hôpital psychiatrique, le moindre service psychiatrique d'un hôpital général. Les malades dans ces services ont même été déplacés de leurs pavillons ou enfermés pour qu'on ne puisse pas les voir (notamment à la Pitié-Salpêtrière).

Autre exemple encore plus récent, les « Cahiers pour la Folie » ont réalisé avec la revue « Recherches » un numéro spécial sur le quartier de sûreté de Henri Colin à l'hôpital de Villejuif, une des perles de la Psychiatrie française. Les diffuseurs de ce numéro qui permettait enfin aux malades qui y ont été internés de dire la réalité sur ce genre de lieu d'hyper-répression, sont soumis à des pressions de la police appelée par la Direction de l'hôpital qui cherche à interdire la vente.

Mais surtout cette initiative s'est soldée par le licenciement de trois infirmiers qui avaient pris le risque de dire la vérité sur les hôpitaux de sûreté.

Contrairement aux autres exploités, aux travailleurs, aux ouvriers, étudiants, aux enseignants, aux femmes, aux prisonniers, etc., il n'y a pas d'organisation, de journal dans lesquels ils puissent se reconnaître ; une conscience collective se dressant contre le système psychiatrique n'existe que très rarement. Il faut d'abord créer les possibilités d'une véritable prise de parole, un éclatement du silence qui a trop duré, prise de parole permettant l'émergence d'une conscience de classe, seul moyen de l'appropriation de la maladie et de son traitement par le patient.





## INTRODUCTION

Depuis mai 68, on assiste à un nouvel essor des luttes qui touchent à différents aspects de la vie quotidienne (logement, santé, condition de la femme...) et prennent pour cible les différentes institutions de l'appareil bourgeois (l'école, les prisons, les hôpitaux). C'est dire qu'elles s'inscrivent dans le champ général de la lutte des classes.

C'est aussi sur ce champ que se situent les combats qui s'amorcent contre la psychiatrie et l'institution asilaire.

### LES DISCOURS DES PSYCHIATRES

« Il y a des maladies mentales qui ont tel ou tel nom – Paranoïa, schizophrénie, hébéphrénie, etc. – : ces différentes maladies que nous constatons peuvent avoir une origine héréditaire ou organique, mais elles s'expliquent aussi par l'histoire individuelle, chacun ayant son papa, sa maman, son enfance... »

Voilà le discours que tiennent les psychiatres. Les causes de la maladie mentale les préoccupent beaucoup, théoriquement. Côté organique, ils parlent de « révolution psycho-pharmacologique » ; côté origine psychique, ils font des colloques sur la « mère du schizophrène ». Ils s'affairent, ils cherchent, ils publient des centaines d'articles. Certains déplorent que la psychothérapie ne soit pas accessible à tous ; d'autres sont même prêts à remettre en question les étiquettes qu'ils collent sur les malades. Ils croient donc soigner. Mais en fait, ils tapent à côté de la plaque. Quand ils se préoccupent des causes, les psychiatres ne peuvent pas voir qu'elles sont fondamentalement liées à l'ensemble d'un système social et aux valeurs que celui-ci impose à chacun. S'ils se tournaient de ce côté, cela les mènerait à remettre en cause le pouvoir de leur classe dont ils sont des piliers éminents.

En fait, les discours des psychiatres ont cette vertu principale d'enfermer chacun dans son histoire, biologique ou psychologique : cela leur permet d'étiqueter chaque individu, de le fichier, et quand celui-ci dérange peu ou prou l'ordre établi, de le retrancher de la société en le soumettant à l'exercice arbitraire de leur autorité.

Ceci permet à tout le monde de garder sa bonne conscience en accusant les avatars de chacun, dont personne n'est responsable. Les psychiatres et les firmes de médicaments font leur beurre : les hôpitaux

touchent leur prix de journée par malade et la société est protégée de ses fous.

Pourtant une autre conception se fraye aujourd'hui un chemin : c'est une conception qui amorce, à travers un ensemble de luttes prolongées la destruction progressive du pouvoir des psychiatres et des institutions qu'ils dirigent.

Cette conception entend penser les phénomènes liés à ce qui se nomme « folie » non plus sur le terrain de la « maladie mentale », cher aux psychiatres. Il s'agit de sortir la folie de son statut uniquement privé pour la lier aux contradictions sociales dont elle est le produit complexe. Dans le champ général de ces contradictions de classe, la famille n'est qu'un rouage et l'histoire individuelle n'est en rien séparable de l'ensemble du système capitaliste.

Rompre l'isolement où le pouvoir a intérêt à confiner « les fous », c'est ouvrir avec eux la possibilité de combats collectifs contre les armes de la psychiatrie : institutions répressives avec leur cortège idéologique (individualisme, familialisme, paternalisme, système de menace, de culpabilisation, d'infantilisation amenant la peur, la dépendance, autorité du savoir, etc.), médicaments-camisoles, réduction du « fou » au « beau cas », ou au déchet social ; systèmes d'internement ou de « traitements » fonctionnant de manière particulièrement abjecte.

Pourquoi la lutte contre la psychiatrie est-elle si importante ? Il y a à cela plusieurs raisons. Examinons-les successivement.

D'abord, il existe une idée généralement admise sur la psychiatrie, répandue aussi bien dans l'ensemble de la société que parmi les premiers concernés, les malades et les travailleurs de la santé. La nocivité de cette idée doit enfin être dénoncée. Elle consiste à croire que l'existence de la folie entraîne comme son corollaire celle de l'asile et surtout de la psychiatrie qui, seule, saurait la traiter. Par conséquent, il y aurait là une nécessité, une véritable fatalité qui ne saurait être remise en question, et tant qu'il y aura des malades mentaux, l'appareil psychiatrique devrait être maintenu et même défendu.

## LA FONCTION POLITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Cette idée doit être combattue : il n'existe pas de folie indépendamment du système social idéologique dans lequel elle apparaît, il n'existe pas d'asile et de psychiatrie inscrite dans une

quelconque rationalité scientifique ou morale. Bien au contraire, la psychiatrie joue un rôle politique et même historique tout à fait précis. Pour s'en apercevoir, il suffit de rappeler que la médecine a été appliquée au problème de la folie au moment de la création des premiers lieux spécialisés dans l'accueil des malades mentaux, c'est-à-dire au début du XIX<sup>e</sup> siècle, avec le développement du système capitaliste en France. Au Moyen Age, les malades mentaux circulaient librement et n'étaient l'objet d'aucune tracasserie particulière. Ce n'est qu'à partir du XVII<sup>e</sup> et du XVIII<sup>e</sup> siècle qu'on a commencé à les enfermer avec tous ceux que la société jugeait dangereux, inutiles ou parasites : les vagabonds, les pauvres, les chômeurs...

#### UN PSYCHIATRE « D'AVANT-GARDE », ANNÉE 1836

Scipion PINEL, *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, Paris, Mauprivez, 1836, p. 43 : « ... On ne peut trop inculquer aux aliénés la forte persuasion de la puissance d'un seul qui tient leur sort entre ses mains, qui punit, qui pardonne et qui délivre.

Tel doit être le pouvoir illimité du médecin en chef : alors son influence augmente encore sa considération, et lui permet de régulariser toutes les parties du service, par l'impulsion que leur imprime une volonté ferme et tenace dans le bien. Il justifie de sous ses moyens l'importance de ses devoirs et de sa responsabilité... Son abord est digne et calme, sa voix grave, son regard doux et bienveillant... Un tel médecin est philosophe dans toute l'étendue du terme : il connaît le monde, et il le fréquente peu ; il connaît les infirmités humaines, et il en fait les vrais éléments de la science de l'homme ; il ne suit aucun système, il les juge ; également en garde contre les écarts de l'imagination et le stupide entêtement de l'ignorance, il a le génie de sa vocation, le véritable génie de sa vocation, le véritable génie de la science, qui ne craint pas de marcher en avant quand les faits et la logique le soutiennent ».

## UN AUTRE PSYCHIATRE « D'AVANT-GARDE », ANNÉE 1970

« Vous n'arriverez à rien tant que vous n'aurez pas restauré l'autorité médicale ; ensuite seulement vous pourrez la partager » (Racamier, p. 165).

P. C. Racamier, « Le psychanalyste sans divan », Ed. Payot, 1970.

L'asile n'a fait que prolonger cette opération d'enfermement. La psychiatrie est apparue comme la réponse scientifique au problème posé par ces malades qui ne cadraient pas avec l'entreprise de la bourgeoisie : contraindre l'ensemble de la main-d'œuvre disponible à travailler dans ses usines et ses manufactures et à se concentrer dans ses villes et ses cités ouvrières.

Depuis, cette « vocation » de la psychiatrie n'a fait que se confirmer. L'apport des théories et surtout des pratiques plus subtiles, plus humaines que les douches froides, les camisoles, les mises au fer ne servant qu'à rendre cette normalisation forcée et cette intégration à l'ordre capitaliste plus efficace, plus subtile et plus admissible. Nous assistons d'ailleurs aujourd'hui à l'une des phases les plus importantes de cette histoire politique de la psychiatrie : celle qui cherche à sortir les malades des murs de l'asile et à leur faire accepter sans violence ouverte les normes du travail, de la morale bourgeoise, de la discipline et de la soumission jusque dans leur vie quotidienne, familiale et sociale.

Cette origine de classe de la psychiatrie, c'est ce qui détermine la nature politique, au sens large, de nos luttes.

Une autre raison de l'importance des luttes en psychiatrie tient à ce qu'elles concernent de manière particulièrement aiguë la question du savoir, lié au pouvoir d'une classe sur l'autre ; au nom d'un savoir qui se fait passer pour compétence scientifique, les psychiatres exercent un pouvoir particulièrement exorbitant sur la vie de ceux qui tombent entre leurs mains. Cette question paraît si importante, qu'elle fera l'objet d'un chapitre particulier.

## ENFERMER LE FOU ET L'EXALTER

Le problème des luttes dans le champ de la folie et de la répression dont elle est l'objet touche aussi fondamentalement la question de l'individualisme bourgeois. Être « fou », c'est être radicalement différent des autres. Deux cas, dès lors, se présentent :

– ou bien la différence est insupportable et ceci conduit à l'enfermement de l'individu, voire de son extermination (le nazisme développait et pratiquait une théorie selon laquelle il fallait exterminer les handicapés physiques et malades mentaux).

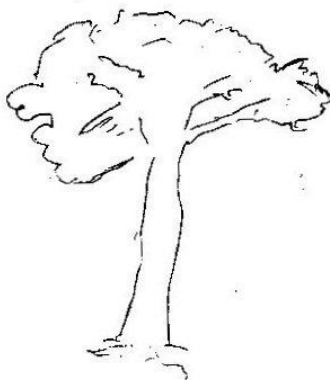
– ou bien la différence singulière est considérée comme le comble de la réalisation effective de l'essence humaine : courant qui a une longue tradition depuis l'assimilation romantique du fou au génie jusqu'à la promotion triomphale du schizophrène.

On le voit, dans les deux cas, la folie apparaît comme une forme exceptionnelle de la singularité de l'individu : on l'enferme toujours, on le réduit souvent à n'être qu'un déchet social, on l'exalte parfois.

Bien entendu, la voie de l'exaltation peut passer pour moins réactionnaire. Mais ces deux conceptions se situent chacune à sa manière à l'intérieur de l'idéologie bourgeoise.

Face à cette théorie qui décrit la folie en terme de singularité de l'individu, le G.I.A. défend une conception de la folie qui met en avant son caractère social et collectif.

Cette conception de la folie ne nie pas la dimension singulière de l'histoire de chacun, mais vise à inscrire cette histoire et cette folie solitaire dans le champ de la lutte des classes...



Avant le 1er électrochoc



Après le 3ème électrochoc



Après le 8ème électrochoc

Fig. VIII D. Yves . dessin de l'arbre

Image extraite de « Psychopathologie structurale », Éditions Universitaires 1973.

# I

## LA « SCIENCE PSYCHIATRIQUE » AU SERVICE DE L'ORDRE BOURGEOIS

L'objectif du G.I.A. n'est pas de trouver une nouvelle forme d'approche à la folie, mais de démontrer que la psychiatrie est plus qu'une simple branche de la médecine, dans une société basée sur le profit et l'exploitation de l'homme par l'homme.

En tant que spécialité médicale, les analyses et les critiques que l'on peut faire de la médecine du capital en général s'y appliquent tout particulièrement :

- Pratique médicale basée sur l'acte médical, que ce soit la consultation ou la production d'électrochocs, de cures de sommeil, de cures d'insuline, de narco-analyses, etc.

- Rentabilisation de l'hospitalisation en prix de journée ; dans tout cela, il n'est question du malade que comme objet, les modifications apportées à l'objet par l'acte étant des sources de profit.

- Esprit médical « scientifique » excluant, dans sa recherche des causes, notamment sociales de la maladie, tout ce qui relève d'une politique délibérée de classe. (Pour donner un exemple, citons le cas de la tuberculose chez les travailleurs immigrés. Elle est, bien sûr, due au bacille de Koch, mais sa propagation est considérablement accélérée par les mauvaises conditions d'hygiène, de travail et de logement. De même, les causes des troubles mentaux chez ces immigrés sont directement liées au racisme, à l'isolement sexuel, à la répression culturelle, etc.).

- Philosophie de la guérison basée sur l'effacement du symptôme et non sur la disparition des causes.

### LES POUVOIRS DE LA PAROLE

- Idéologie du savoir basée prioritairement sur l'acquisition d'un jargon et sur le pouvoir inconditionnel du médecin, ce qui permet d'exclure toute intrusion du patient dans sa pratique.

- Appartenance des psychiatres à la « famille médicale ». Qu'on n'oublie pas que seulement environ 7 % des étudiants en médecine sont d'origine ouvrière ou paysanne, le reste est issu des couches moyennes ou supérieures de la bourgeoisie. D'ailleurs, quelle que soit son origine

de classe, la grande majorité colporte une idéologie conservatrice ou pseudo-libérale.

– Enfin, application à la psychiatrie d'un schéma d'interprétation purement médical : symptôme - signe - maladie - diagnostic - traitement.

Il faut bien comprendre ce que signifie ce schéma par rapport au patient.

En médecine, le présumé malade apporte un ou plusieurs symptômes à partir de quoi le médecin commence un premier travail de transformation pour faire de ces symptômes des signes. Par exemple : entre une douleur abdominale qui est un symptôme et le diagnostic d'une péritonite, le médecin devra faire un travail de transformation. Ce travail est l'élaboration d'un tableau clinique, puis d'un diagnostic et d'un traitement.

Il s'agit bien, à partir de la plainte du patient d'en « ajouter ou d'en enlever » en fonction de l'appréciation du médecin : lorsque cette appréciation se fonde sur des données objectives (par exemple, d'examen clinique : auscultation, palpation, etc. ou d'examens complémentaires : radiographie, étude du sang, etc.), il est légitime de croire que le schéma de référence du médecin est valable. Mais dans la psychiatrie, ce travail de transformation se fait sur de la parole, des gestes, des attitudes.

Ici la référence médicale par rapport à la parole, au geste, à l'insertion sociale du patient est soumise à ce que la société accepte ou n'accepte pas. Un psychiatre ne va pas contre ce que la société lui demande ou très rarement :

« Si les parents d'un jeune maoïste m'exprimaient leurs craintes pour leur enfant et me demandaient de l'examiner avant qu'il ne fasse des bêtises, je n'aurais aucun mal à trouver d'avance le cadre nosologique qui lui conviendrait. Le contraste entre, d'une part des citations et un exemple qui prêchent la persuasion et l'action collective, et d'autre part, la violence minoritaire n'est-ce pas là un bon exemple de discordance ? Les contradictions et les conséquences normales de l'adolescence aidant, il n'est pas douteux que le diagnostic *a priori* de schizophrénie conviendrait parfaitement *a posteriori*.

« Mais si le concerné vient effectivement me consulter, en réponse à une vague crainte, ou au désir de rassurer ses parents, il est certain que mon « diagnostic » lui enlèvera toute possibilité de révolte. Lui-



même doutera de son intégrité, ses camarades dûment avertis par ses parents se feront un devoir de l'exclure, etc.

« Mon entreprise de protéger un « déviant » contre les excès de la révolte ou de la répression devient un moyen souverainement efficace de réprimer sa révolte elle-même... »

« Et l'aisance de mon diagnostic préfabriqué remet en question la valeur nosologique de la schizophrénie elle-même. Le soupçon me vient qu'il s'agit là d'une entité vraiment trop commode, trop conformiste, trop aisément utilisable à des fins non médicales. A moins, évidemment, qu'elle n'ait jamais eu de fins réellement médicales... »<sup>1</sup>

Cet exemple montre dans la pratique comment le psychiatre va extraire de ce que dit le malade les mots-clefs ayant valeur de signe afin d'assurer un diagnostic et commander un traitement. Lorsqu'il ne condamne pas à un enfermement pur et simple, il va s'attacher à réduire le symptôme et non à supprimer ce qui l'engendre. Quel que soit le diagnostic, le traitement est identique : c'est principalement le recours massif aux drogues neuroleptiques données sans qu'à aucun moment, et pour cause, ne soit sollicité l'avis de l'intéressé.

La psychiatrie est plus qu'une spécialité médicale, elle est aussi un des moyens, et non des moindres, d'assurer l'ordre social en contribuant à la domination d'une classe sur l'autre.

## LA SOI-DISANT « DEMANDE DE SOINS »

Mais comment les psychiatres peuvent-ils faire accepter une telle pratique, un rapport aussi faux avec leurs patients ? l'exercice d'un pouvoir aussi abusif ? Comment, en particulier ce véritable conflit qui est le face à face médecin-malade n'est-il pas évident et dénoncé par ceux qui en sont quotidiennement les victimes ?

Il ne suffit pas de répondre qu'ils n'ont pas le choix. Le pouvoir scientifique et juridique que donne la société aux psychiatres qu'elle mandate pour leurs besoins n'expliquent pas tout. Un autre élément intervient et permet de faire accepter au patient le schéma qui va de l'apparition des symptômes au diagnostic et au traitement sans que cela pose le moindre problème. Le tour de passe-passe est réalisé grâce à la fameuse notion de « demande » : tout patient exprimerait consciem-

---

<sup>1</sup> H. Heyward. « Une antipsychiatrie ? » (Ed. Universitaires).

ment ou inconsciemment le désir et la volonté d'être soigné par un psychiatre.

Or, cette soi-disant « demande de soins » qui, pour le psychiatre, joue le rôle d'un véritable garant de sa bonne conscience pose quelques problèmes.

D'abord, il faut rappeler que la majorité des patients des hôpitaux psychiatriques y sont amenés de force (voir chapitre sur les modes de placements). Cette violence asilaire peut d'ailleurs prendre de multiples formes : celle de la violence physique, ou de la loi, mais aussi celle de pressions morales souvent encore plus difficiles à combattre, qu'elles viennent de l'entourage, des voisins, du milieu de travail, de la famille...

Dans ce cadre, il est clair que la plupart du temps, la psychiatrie n'est là que pour entériner un état de fait, pour refléter un diagnostic de folie qui a déjà été fait par d'autres : il n'est là que pour apporter une caution officielle à un processus d'exclusion déjà largement entamé...

Mais la supercherie, la véritable tarte à la crème de l'idéologie pseudo-libérale qu'est cette soi-disant demande est moins apparente dans les cas où le malade va de lui-même, sans pression évidente, consulter un psychiatre ou thérapeute. Tout indique que cette forme de

De nombreux psychiatres sont venus à la conclusion que l'odeur est l'un des facteurs qui opèrent dans les situations de transfert avec leurs patients. Certains schizophrènes affirment « sentir » l'hostilité tandis que les psychiatres affirment « sentir » la schizophrénie. Les chimistes ont d'ailleurs isolé une substance spécifiquement émise par les schizophrènes, l'acide trans-3-méthylhéxanoïque. Il y aurait même des psychiatres qui, n'ayant pas l'odorat assez développé, auraient pris l'habitude de garder un chien dans leur cabinet pour détecter les schizophrènes (1).

---

(1) « Le Nouvel Observateur », 1<sup>er</sup> octobre 1973, Charles Schreider.

soins ne cesse de s'accroître : le nombre de personnes qui fréquentent plus ou moins régulièrement les dispensaires, hôpitaux de jour et de nuit, mais aussi les cabinets privés est beaucoup plus élevé que celui des internements en asile.

On assiste en même temps, grâce à l'essor de cette pratique parallèle à celle de l'asile, à une espèce de renouveau de la psychiatrie qui, loin – comme certains voudraient le faire croire – de connaître un déclin, n'a jamais connu une influence et un champ d'action aussi large.

Petit à petit, le personnage du psychiatre rentre dans les mœurs. Le moment où l'on se tourne vers lui parce qu'on « ne va pas bien », « parce qu'on ne supporte plus l'existence » devient aussi normal, naturel, prévisible que l'achat d'un tube d'aspirine.

Or, ceci est loin d'avoir toujours été le cas : on assiste à la création artificielle, progressive d'un nouveau besoin et d'une confiance absolue dans le psychiatre qui n'a rien d'évident. Ceci est au contraire le produit, l'aboutissement d'un processus historique qui a commencé avec les débuts de l'institution asilaire et de l'application de la médecine aux maladies mentales.

On avait d'abord arraché les fous au début du XIX<sup>e</sup> siècle à l'autorité et à la charge de diverses institutions dont ils relevaient depuis des siècles : la communauté ou le village, le clergé, la famille, la justice et même la médecine ordinaire.

Les fous sont ainsi devenus les objets aussi bien du pouvoir répressif des médecins que de leur savoir.

Il y a un peu plus de dix ans, en France, les médecins psychiatres des asiles étaient peu nombreux, mal payés. Leur situation était peu enviée, à tel point qu'il y avait plus de postes à pourvoir que de candidats. Parents pauvres de la médecine, simples exécutants, leur rôle se limitait à certifier la folie des internés (d'où leur nom de « médecins certificateurs »).

Différents facteurs ont permis aux psychiatres de se faire reconnaître : la maladie mentale est apparue lentement comme ne pouvant se réduire à des causes purement organiques. La notion de maladie psychique s'est frayé son chemin avec le développement de la psychologie et de la psychanalyse. L'exemple américain et le modèle trompeur de la « société de consommation » ont encouragé la conversion de petits symptômes physiques et des difficultés sociales en symptômes psychiques relevant de soins spécifiques ; toute une littérature, toute une idéologie de la « relation », de la « communication » s'est mise à prendre le devant de la scène.

Profitant de ce contexte, utilisant le rapport de force favorable créé par mai 68, les psychiatres ont réussi à prendre une importance im-

prévue et à se faire accepter comme médecins à part entière – ce qui est venu concrétiser la séparation en 1969 entre la formation et le statut du neurologue et ceux du psychiatre, ce qui équivaut à une reconnaissance aussi bien économique que sociale de ces derniers.

La notion de « demande de soins » apparaît donc comme la véritable justification « déontologique » de ce rôle du psychiatre : il s'agit d'apparaître non plus seulement comme une autorité répressive et liée directement à l'asile et à la justice, mais comme un personnage humaniste, libéral, respectueux de la liberté du désir de chacun. Son rôle est seulement de répondre à l'attente de ses patients, le malade ne pouvant se concevoir sans son complément indispensable : le médecin, lien aussi naturel et transparent que celui qui unit le patron à l'ouvrier, le juge au prisonnier...

On voit donc que la demande ne sert qu'à rendre possible cette « révolution silencieuse » de la psychiatrie, à faire admettre et même rechercher la relation médecin-malade.

Or cette relation reste un conflit, aussi violent que celui qui existe dans l'asile dont il est simplement un reflet adouci. La psychiatrie est née de l'asile, elle y reste fondamentalement liée dans son esprit et dans sa pratique. Les psychiatres travaillent de plus en plus à l'extérieur des murs, et rêvent de cabinets privés, de clientèles respectables, d'intérieurs moelleux, de fauteuils confortables, mais ils continuent à apprendre à se faire la main sur les fous dans la réalité abjecte de l'asile.

Il ne faut pas l'oublier et déjouer cette manœuvre qui veut faire oublier la véritable nature répressive de la psychiatrie en cherchant à obtenir que les malades intériorisent la relation médecin-malade.

La psychiatrie n'existe pas que dans l'asile, pas plus que la folie n'existe que quand on est interné. Et même quand on est enfermé, il y a toujours un plus fou que soi. Le fou c'est encore bien souvent... l'autre.

Il faut briser cet isolement, cette fausse honte qui fait que chacun cherche à cacher ce qui lui arrive et se rassure en projetant sa condition de fou sur l'autre.

De même que la psychiatrie est un système répressif qui doit être pris comme un tout – depuis les formes les plus violentes et scandaleuses jusqu'aux plus cachées et aux plus rassurantes ; de même que toute personne qui entre en asile est obligatoirement placée dans la classification des maladies mentales de 0 à 20, de même que les fous sont tous opprimés par le système, même s'ils ne sont pas effectivement internés

– de même, toute personne qui est traitée par un psychiatre, ne fût-ce qu'une seule fois, est concernée par le combat qu'engage le G.I.A.

## LA PSYCHIATRIE AU SERVICE DE LA RÉPRESSION

Le G.I.A. s'oppose au point de vue de classe des psychiatres et veut montrer qu'il existe un autre point de vue.

Pour cela, il lui semble fondamental de dénoncer et de refuser d'utiliser le jargon psychiatrique. Parler psychiatre, c'est acquérir une petite parcelle du pouvoir contesté, c'est surtout le consolider en l'étendant et entrer dans le jeu par un partage mirifique de ce pouvoir.

Il s'oppose au schéma proposé « symptôme-maladie-malade » ; ce faisant, il conteste l'existence d'une « demande » et affirme qu'il y a truquage, même lorsque la relation médecin-malade n'est pas imposée.

Il reconnaît comme sa tâche la plus urgente de démasquer le psychiatre comme instrument de répression de la classe opprimée.

Le G.I.A. ne nie pas l'existence de troubles mentaux mais affirme que leur prise en charge n'est qu'une vaste escroquerie de la part des psychiatres. Le G.I.A. n'est pas détenteur de quelque forme de savoir que ce soit en ce qui concerne la folie, mais estime que le contrôle de la maladie ne pourra venir que des malades eux-mêmes à la différence de ce qui existe aujourd'hui où les malades sont exclus de la connaissance de leur maladie et de son évolution et n'ont d'autre issue que celle de se soumettre au psychiatre.

Le G.I.A. fera tout pour favoriser l'apparition d'un point de vue de classe spécifique à la classe dominée et qui est basé sur la reconnaissance du trouble mental et la lutte active contre ses causes.

Face à la maladie, le G.I.A. favorisera la prise de conscience des victimes de la psychiatrie, il actualisera l'agressivité ressentie par les « malades » face à leurs gardiens, les psychiatres, il obligera ces derniers à abandonner leur façade de neutralité scientifique et apolitique pour les démasquer en tant qu'outils de l'oppression idéologique et physique.

Demandons aux psychiatres pourquoi tant de diagnostics si différents lorsque le but recherché est identique : à la sortie de l'asile, accepter le Smig et les foyers pour clochards de l'Armée du Salut ? Pourquoi un malade a-t-il si rarement l'impression d'être entendu ?

Après la prise de conscience du rôle des psychiatres, aider le malade à maîtriser les médicaments et s'approprier sa maladie : ce n'est

pas tout que de pouvoir lire son dossier comme le réclame l'A.R.M., encore faut-il le comprendre et le contester et obliger le psychiatre à parler comme tout le monde.

## INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE

### Classification française des troubles mentaux

- 01 Psychoses maniaques et dépressives
- 02 Schizophrénies chroniques
- 03 Délires chroniques
- 04 Psychoses délirantes aiguës et états confusionnels
- 05 Psychoses alcooliques
- 06 Troubles mentaux de l'épilepsie
- 07 États d'affaiblissement de la sénilité et démences préséniles
- 08 Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale autre que citées
- 09 Troubles mentaux symptomatiques d'une affection somatique générale autre que citées
- 10 Névroses et états névrotiques
- 11 Personnalités et caractères pathologiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme)
- 12 Alcoolisme (en dehors des psychoses alcooliques)
- 13 États dépressifs non psychotiques
- 14 Troubles psychosomatiques. Troubles somatiques vraisemblablement psychogènes
- 15 Troubles isolés non classables ailleurs
- 16 Niveau limite
- 17 Débilité mentale
- 18 Arriération mentale moyenne (Imbécillité)
- 19 Arriération mentale profonde (Idiotie)
- 20 États non classables dans les catégories précédentes

*Cette liste abrégée ne doit jamais être employée par les médecins pour l'enregistrement du diagnostic. Cet enregistrement doit toujours se faire en utilisant la liste détaillée à 3 chiffres, où figurent les sous-rubriques et des définitions et commentaires qui apportent des précisions*

indispensables à une utilisation correcte de la classification. Par exemple : liste détaillée du n° 11.

### **11.0 États de déséquilibre mental**

(classer ici les sujets caractérisés essentiellement par leur instabilité, leur impulsivité, leur inadaptabilité et, éventuellement, par des conduites délinquantes. Lorsque l'essentiel de la symptomatologie est constitué par des conduites perverses – autres que sexuelles –, le cas devra être classé en 3)

#### **11.1 Personnalités et caractères pathologiques. Névroses de caractère**

(personnalité paranoïaque, sensitive, schizoïde, dépressive, hypomaniaque, cycloïde, hystérique, obsessionnelle, psychasthénique, etc.)

#### **11.2 Perversions sexuelles**

(ne classer ici que les cas où la déviation sexuelle constitue l'essentiel de la symptomatologie)

#### **11.3 Perversions autres que sexuelles**

(ne classer ici que les cas où la conduite perverse – kleptomanie, pyromanie, mythomanie maligne, etc. – constitue l'essentiel de la symptomatologie)

#### **11.4 Toxicomanies. États de dépendance à l'égard des drogues (en dehors de l'alcoolisme)**

(ne classer ici que les cas où la toxicomanie constitue l'essentiel de la symptomatologie)

#### **11.9 Personnalités et caractères pathologiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme), état non classable en 0 à 4.**

## LE RÊVE DES EXPERTS

La situation du psychiatre expert près des tribunaux permet de se convaincre de la nature d'instrument de classe qu'ils représentent en général.

L'expertise de Guy REYNAUD (cf. « Le Monde » du 21 juin 1973) montre de façon encore plus péremptoire que ce sont des critères de classe qui déterminent la position du psychiatre face au malade. Que dit Gonin, psychiatre expert ? « Comme tout un chacun, nous avons de lui, avant de le rencontrer une idée vague qui était celle d'un dur, d'une tête brûlée limitée dans l'intelligence. Or, nous avons trouvé quelqu'un de tout à fait différent en quête d'affectivité et nous avons vu que cette

demande affective constituait l'une des dominantes de sa personnalité et que tout son comportement en dépendait... »

« Privé très jeune de sa mère, G. R. ne cessa inconsciemment sans doute, de souffrir de cette frustration. Tout au long de sa vie, il fut ainsi en quête de la mère idéale et du même coup de la société idéale ressentant celle qu'il rencontrait comme injuste et oppressante... »

Alors, expliqua le Dr GONIN, « à partir de ce moment, il a vécu, luttant de deux manières différentes, car sa volonté agressive et destructrice pure aura été aussi une volonté tournée contre lui-même... Aujourd'hui, c'est un autre homme qui reste dans sa ligne, certes, mais qui a profondément évolué, toujours assoiffé de l'être idéal, de là sa découverte de Dieu, puissance dans laquelle on peut se fondre dans la communion... »

Le Dr GONIN est honnête puisqu'il reconnaît avoir des idées pré-conçues qui sont des idées de classe : un criminel ne peut qu'être une tête brûlée, limitée dans l'intelligence...

Le Docteur n'était pas là pour soigner, mais il a voulu ne pas rater l'occasion. Reynaud cherchait à comprendre, on lui explique, et Gonin est fier qu'il « ressent la société comme injuste et oppressante ». « Il » le ressent, mais ce n'est pas vrai, elle est douce, la société, d'ailleurs vous êtes agressif à cause de votre mauvaise mère... Même sa volonté agressive et destructrice n'était pas dirigée contre la société, mais contre lui-même. »

Pour finir, Reynaud va communier avec Dieu. « Le Bien et le Mal n'étaient pas pour lui des choses qu'il ne distinguait pas, seulement des valeurs morales qui, auparavant, restaient des valeurs imposées par la loi ou le gendarme. Il peut à présent les ressentir lui-même et les prendre à son compte ».

Voilà un homme, Reynaud, qui avait dans une révolte confuse dirigé son agressivité contre la société, il a maintenant intériorisé la principale arme de la société de classe : le sentiment judéo-chrétien de culpabilité qui est « plus fort que la loi et le gendarme ».

Voilà à quoi sert le psychiatre.



## II

# LA LOI BOURGEOISE AU SERVICE DE LA « SCIENCE PSYCHIATRIQUE »

Bien connaître la loi régissant l'internement, c'est déjà se donner les moyens de résister à celui-ci.

Il serait faux et surtout dangereux de croire que le rapport malade-médecin est encore neutre comme le colporte l'idéologie de la médecine libérale. A un moment où à un autre, le psychiatre montrera qu'il détient le pouvoir.

Depuis 1953, « la maladie mentale » a été classée dans le Code de la Santé publique, parmi les fléaux sociaux, à côté de la tuberculose, des maladies vénériennes, du cancer, de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Les dispositions de la loi du 30 juin 1838 ont été reproduites presque intégralement : après 115 ans, on n'avait rien de nouveau à dire sur ce sujet. On a changé les étiquettes : la loi de 1838, c'est maintenant les articles L 326 à L 355 du Code de la Santé Publique, cela fait moderne, cela fait sérieux.

### UNE LOI CONTRE LES MALADES

Tout le monde sait que cette loi est caduque et des commissions de réforme sont régulièrement constituées et s'enlisent non moins régulièrement.

Le Ministre de la Santé Publique en aurait constitué une en 1972, sous la présidence d'un professeur de droit, M. CARBONNIER. Elle a dû se réunir deux fois : « Le problème est tellement complexe ! », « La psychiatrie évolue tellement ! », « Y a-t-il vraiment urgence ? » et les membres de la Commission se séparent de nouveau.

Pendant ce temps, malgré son apparence médicale, lui méritant une place dans le Code de la Santé Publique, la loi ne lutte pas contre la maladie mentale mais contre les malades mentaux.

Le G.I.A. lutte pour l'abrogation de cette loi qui interne, qui enferme, élimine au lieu de soigner et de s'attaquer aux causes de la maladie mentale.

Le G.I.A. lutte également contre les pouvoirs donnés aux Dispensaires d'Hygiène Mentale pour ficher, convoquer, contrôler, médicamenter les habitants du Secteur.

## LE SYSTÈME DES PLACEMENTS

- Placement libre :

Les hôpitaux de l'Assistance Publique ont parfois un service de psychiatrie, c'est un service libre, non régi par la loi de 1838, et théoriquement, on y reste libre comme un malade dans un autre service.

A la Salpêtrière, à Créteil, à l'Hôtel-Dieu, ou à la Cité Universitaire, par exemple, il existe de tels services libres.

Théoriquement, on y a tous les droits d'un malade ordinaire : garder des vêtements personnels, recevoir qui on veut, écrire et recevoir du courrier et demander sa sortie qui ne peut être refusée.

En réalité, ces services « libres » se comportent toujours en petits hôpitaux psychiatriques, et tous les droits sont refusés au malade. Le médecin fait du chantage et de fait, contraint le malade à rester, à subir médicaments et traitement, à être isolé, etc.

- Placement volontaire :

Les services « libres » étant relativement rares, celui qui se plaint de troubles mentaux est le plus souvent dirigé sur un dispensaire d'hygiène mentale de Secteur, directement contrôlé par la Préfecture. Nous entrons ici dans le domaine réservé des hôpitaux psychiatriques régis par la loi de 1838.

Une personne est signalée à l'attention des psychiatres comme bizarre ou dangereuse. N'importe qui peut la dénoncer : la famille, le gérant, un employeur, un voisin. Un simple certificat médical de placement et c'est l'hôpital psychiatrique. Un dossier est ouvert, les certificats médicaux sont communiqués à la Préfecture. Au mépris du secret professionnel, le commissaire de votre quartier est au courant de tout, de sorte que, à vie, le « mental » est ainsi signalé, fiché.

Vous pouvez refuser l'hospitalisation ? Essayez voir !

Tous les moyens de persuasion seront alors employés : pression sur la famille, menaces de ne plus s'occuper de vous. Même s'il vous

faisait signer une décharge de responsabilité, le psychiatre serait responsable. C'est pourquoi il aura recours à l'hospitalisation forcée.

- Placement d'office :

La loi de 1838 est une loi de police : cela apparaît clairement avec le placement d'office. « Toute personne dont l'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » doit être placée d'office dans un hôpital psychiatrique. C'est le Préfet qui en décide, à Paris, le Préfet de Police, et, en cas de « danger » imminent, les commissaires de police.

Une simple bagarre sans gravité dans un café peut donner lieu à un placement d'office. Le commissaire de police qui, à la suite d'un incident quelconque estime qu'une personne « ne semble pas jouir de toutes ses facultés », et paraît « dangereux pour lui et pour autrui », la dirige sur l'Infirmerie Spéciale, 3, rue Cabanis à Paris-14<sup>e</sup>. Cette personne est examinée par un médecin psychiatre : les psychiatres de l'infirmerie spéciale font un travail de police. Ce sont des colleurs d'étiquettes, des machines à signer des placements d'office et des placements volontaires.

De même, l'auteur d'un délit ou d'un crime sera placé d'office dans un hôpital psychiatrique si les experts estiment qu'il était en « état de démence » au moment des faits (article 64 du Code Pénal).

La collusion des médecins avec la police et la justice apparaît ici clairement.

Les conditions de vie d'un placé d'office n'ont rien d'une hospitalisation, c'est un enfermement. C'est pourtant l'autorité médicale qui prend en charge et justifie par son savoir un tel enfermement.

Au bout d'un certain temps, par une décision parfaitement arbitraire, la Préfecture accepte de « convertir » le placement d'office en placement volontaire lorsque les médecins attestent qu'il n'y a plus de danger pour autrui. Parfois, cette conversion n'intervient jamais.

Placement d'office, placement volontaire, placement libres sont trois formes d'internement d'un degré variable, mais de même nature.

La seule justification de ces internements est « l'ordre public », le malade n'est pas vraiment soigné, il est enfermé.

## Y A-T-IL DES RECOURS POSSIBLES CONTRE LES INTERNEMENTS ?

Il paraît que des médecins psychiatres la trouvent bonne, cette loi de 1838, « malgré les insuffisances », disent-ils, parce qu'elle offre des garanties à la LIBERTÉ INDIVIDUELLE !

Nous proposons à ces médecins le slogan suivant : « La loi de 1838 vous en donne plus ! Non seulement elle permet l'internement de 120 000 personnes, de gré ou de force, dans les établissements publics ou privés, mais elle leur donne en plus, en prime, des garanties pour leur liberté individuelle. »

### ATTENTION

Avec ce chapitre des recours juridiques, nous entrons dans le monde des illusions.

La loi se présente masquée : elle appelle « volontaire », ce qui est contraint et forcé; elle prévoit des sauvegardes de l'individu, interdit ceci, ordonne cela, punit les méchants, institue un bon juge devant qui se pourvoir... mais en attendant : elle interne.

Contre les internements, il faut envisager tous les recours possibles.

Recourir à... Recourir contre :

- Toutes les personnes auxquelles la loi donne un pouvoir quelconque sur l'internement et sur le traitement.
- Le médecin responsable, le Tribunal de Grande Instance, le Procureur de la République, le Préfet et la Famille.

### LES POUVOIRS DE LA FAMILLE

La loi lui donne des pouvoirs exorbitants pour faire interner, mais elle lui donne aussi le moyen de faire sortir. La personne, membre de la famille, voisin, qui a fait interner quelqu'un a le pouvoir de la faire sortir.

Article L 339 du Code de la Santé Publique :

« Avant même que les médecins aient déclarés la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés – il s'agit d'un placement dit volontaire et non d'un placement d'office – cessera également

d'y être retenue, dès que sa sortie sera requise par l'une des personnes ci-après signées, le curateur, l'époux ou l'épouse, à défaut les ascendants, à défaut les descendants, (on voit ici la conception hiérarchique de la famille !). La personne qui aura signé la demande d'admission... »

La famille a autant de pouvoir que les médecins : elle peut faire sortir quelqu'un qui n'est pas « guéri ».

Mais pourquoi la loi donne-t-elle à la famille de tels pouvoirs ?

Cette question appellerait une analyse du rôle de la famille dans notre société.

Il ne s'agit pas ici d'incriminer la famille, mais de comprendre le pourquoi et les mécanismes de l'internement de l'un de ses membres, et d'agir sur cette situation de fait.

Le pouvoir de la famille réside dans sa fonction de rouage social, de conditionnement, elle n'est pas étrangère au processus de production. Un individu ne présente pas les caractères compatibles avec la société capitaliste, il n'aime pas se faire exploiter, il n'est pas productif, il vit un peu en marge de cette société avec d'autres normes, d'autres modes de référence. La personne qui représente l'autorité dans la famille peut le faire entrer dans le circuit asilaire, grâce à la complaisance et la complicité de certains médecins, assistantes sociales, psychologues, infirmiers.

La famille est le premier endroit où on apprend à l'enfant à se soumettre. Elle est un instrument de conditionnement en tant qu'elle reproduit l'idéologie dominante; l'idéologie dominante fait qu'on élimine ceux qui ne se soumettent pas.

Comme l'a dit Galley : « La société est composée d'individus qui doivent vivre harmonieusement ensemble; elle se doit d'éliminer les éléments qui pourraient troubler cette harmonie : l'idéal serait qu'elle les élimine avant et non après un acte délictueux car cette dernière hypothèse coûte cher à la société ».

Drôle d'idéal que celui qui au nom de l'ordre élimine ceux qui n'apprécient pas particulièrement cette harmonie là ! On a déjà entendu ce refrain.

En tant qu'institution de base dotée de moyens coercitifs, la famille sert de garde fou à la société; la loi lui permet de demander l'internement.

De ce fait, elle subit continuellement un chantage de la part de l'Autorité. Messmer, au printemps dernier, s'en prenait à la famille

parce qu'elle n'assurait pas complètement sa mission de maintien de l'ordre à l'intérieur de son territoire au moment des grèves de lycéens; il la menaçait même en invoquant la responsabilité directe des pères et mères, quant aux actes de leurs enfants.

Mais quand la famille ne joue pas ce rôle la loi prévoit que n'importe qui, voisin, concierge ou autre pourra intervenir. Très souvent ce sera un membre de la famille qui, pensant trouver solution à ses maux, en fera interner un autre; les difficultés se trouvant d'ailleurs être fréquemment d'ordre financier, comme le cas de cette femme, contrainte par l'exiguïté d'un logement surpeuplé, envoya sa fille trop exubérante à l'asile. Dans ce cas, c'est l'exiguïté du logement qui a rendu totalement impossible la prise en charge par la mère des problèmes de sa fille.

Mais comment la Société arrive-t-elle à lui faire jouer ce rôle de facteur d'internement ?

Elle y arrive :

En la dépossédant de tout moyen de comprendre la folie.

En lui faisant croire que c'est une maladie et qu'il y a des spécialistes qui la soignent.

En l'intimidant par l'allure et le faux savoir des blouses blanches.

En utilisant le chantage.

Si la famille veut savoir qui est son ennemi, qu'elle aille dans le bureau du médecin-chef ou du directeur et qu'elle demande la sortie. La bienveillante attention du médecin risque fort de se transformer en chantage odieux : « Oui, vous pouvez le faire sortir, mais, je vous préviens, il est encore très malade, je ne réponds de rien, souvenez-vous du jour où vous l'avez amené, vous êtes responsable, vous prenez une grave décision, du reste, il faudra que vous me signiez une décharge totale... »

C'est pourquoi, il faut aider cette famille à demander et à préparer la sortie. Discuter avec elle de ses problèmes, prévoir peut-être un logement indépendant; discuter des problèmes du travail avec d'autres employés de la même entreprise, avec des habitants du quartier; entamer un processus de socialisation de la maladie au lieu de la privatiser, comme le font les médecins.

Pas de recours juridiques, sans organisation des « malades » eux-mêmes. Contre le dispensaire de secteur, plusieurs collectifs de lutte

contre la maladie mentale, socialisant le problème, remontant aux causes réelles, et s'attaquant à ces causes.

## LA LOI QUI ENFERME PEUT-ELLE LIBÉRER ?

A tout moment, quelque soit le mode de placement, une personne internée peut demander au Tribunal d'ordonner sa sortie. Et pas seulement elle, mais tout parent, allié ou ami peut demander la sortie.

C'est le fameux article 29 de la loi de 1838, que personne ne connaît, et qui est rarement utilisé.

Depuis que la loi de 1838 est incorporée dans le Code de la Santé Publique, c'est l'article L 351, L 351, il faut s'en souvenir.

### ART. L. 351

« Toute personne placée ou retenue dans l'un des établissements visés au chapitre II, par tuteur si elle est mineure, par tuteur ou curateur, si, majeure, elle a été mise en tutelle ou en curatelle, son conjoint, tout parent, allié ou ami, et éventuellement le curateur à la personne désignée en vertu de l'article suivant, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le Tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur de la République, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins... »

C'est grâce à un article comme celui-là qu'une loi qui interne apparaît comme une loi qui libère, bien que tout le monde sache que cet article n'est pas d'un grand secours.

Lisez la brochure du G.I.A. sur l'affaire L. et tentez votre chance. Écrivez à un avocat ou au Bâtonnier de l'Ordre des Avocats du département où est situé l'hôpital ou la clinique privée, pour qu'il désigne un avocat d'office.

Le médecin chef ou le directeur qui supprimera ou retiendra votre lettre sera puni d'un emprisonnement de 5 jours à un an, et d'une

amende de 180 à 10 800 F ou de l'une ou l'autre de ces deux peines.  
Article L 355, CSP.

Ou bien, écrivez au Procureur de la République pour demander votre sortie. La loi le charge de visiter l'établissement où vous êtes interné et de recevoir vos réclamations (L 332 CSP). Dites-lui que vous voulez vous pourvoir devant le Tribunal. L'avocat rédigera une Requête et le Tribunal, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

C'est trop beau pour être vrai.

Pourquoi ?

– Parce que celui qui est placé d'office, l'est par une décision du Préfet et que le Tribunal hésitera longtemps avant de s'opposer au Préfet, bien qu'il en ait le pouvoir.

– Parce qu'en cas de placement volontaire, le Tribunal nommera un ou deux experts psychiatres, qui ne voudront pas conclure autrement que leur confrère, médecin-chef de l'hôpital, avec qui ils entretiennent les meilleures relations par ailleurs...

– Notez que l'expertise psychiatrique n'est pas obligatoire. La loi parle seulement de « vérification nécessaire ». Dans l'affaire L. les magistrats se sont transportés personnellement à l'hôpital de Perray-Vaucluse.

Il faut toujours demander une telle comparution personnelle.

Nous ne croyons pas aux « bons juges. »

Mais nous croyons que le recours au Tribunal peut cristalliser, à un moment donné, un rapport de force et que le Juge peut céder (*cf.* Affaire L...).

Le pourvoi devant le Tribunal n'est donc qu'un moment d'une lutte, avec un avant et un après.

Avant, une solidarité à l'intérieur de l'hôpital est nécessaire, la constitution d'un comité de défense, groupant d'autres internés, des infirmiers, des médecins peut-être; à l'extérieur, la famille, les amis, la presse éventuellement.

Après, et en cas de sortie, organiser un contre-dispensaire d'hygiène mentale, prenant en charge les questions de logement, ressources, un collectif de lutte permettant « aux malades » de tenir le coup.



## LES INTOUCHABLES : LE PRÉFET, LE MÉDECIN-CHEF

Le préfet prenant la décision d'internement, et le médecin-chef ou le directeur justifiant la décision d'internement par un certificat médical, il n'est pas question de recourir à eux.

On ne peut que recourir contre... mais, c'est de la haute voltige.

Contre le préfet, il y a bien un recours pour excès de pouvoir, dont juge le Conseil d'État, si l'arrêté d'internement contient un vice de forme ou une violation de la loi. On ne peut jamais attaquer le Préfet sur l'opportunité d'une telle décision d'internement, mais seulement sur sa légalité. (C'est là un vice fondamental de la loi de 1838 au point de vue juridique. Elle donne tout pouvoir au Préfet de faire interner quelqu'un, mais on ne peut attaquer le Préfet sur le bien-fondé de cette mesure. Il faudra recourir au Tribunal qui ne sait rien, et qui ne voudra pas décider contre le Préfet.)

Après coup, lorsqu'un internement s'est révélé injustifié, la conversion d'un placement volontaire en placement d'office, on peut demander des dommages et intérêts à l'État.

Le médecin-chef : une plainte peut être déposée contre lui s'il n'a pas respecté les différentes dispositions de la loi de 1838, et il est passible de sanctions pénales. Mais il est bien rare qu'un médecin-chef ne respecte pas les dispositions de la loi de 1838 et on peut penser, le plus souvent, qu'il est « couvert » du côté de la légalité.

Internements arbitraires : la loi entend ce terme d'internement arbitraire au sens strict, c'est-à-dire, l'internement qui s'est fait irrégulièrement par un faux certificat médical par exemple, sans ordre du Préfet, etc.

Ces cas d'internements arbitraires stricts sont relativement rares. Un certain nombre de cas célèbres ont passionné l'opinion publique et la presse pendant la longue carrière de la loi de 1838.

Un avocat avait été ainsi interné arbitrairement !..

Le G.I.A. se préoccupe fondamentalement des 120 000 personnes internées dans les asiles, et considère que tout internement et tout traitement a sa part d'arbitraire.



Coll. Viollet

### III

## LA MACHINE ASILE/SECTEUR

### LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ MENTALE

Par rapport à la stratégie asilaire, la position des infirmières et des infirmiers dans le système psychiatrique est facile à comprendre. Ce sont eux qui exercent la transmission du pouvoir médical sur les malades. L'institution leur apprend qu'il y a des choses à dire et des choses à taire.

Des choses à dire :

Quand un malade arrive, il faut lui faire l'article, lui dire qu'il fait bon être là, que ce n'est pas si terrible : « Il faut vous occuper... il faut travailler un peu et l'on pourra vous aider... ». « Vos médicaments, c'est pour vous empêcher de grossir... » dit-on à une patiente dont l'obésité est due précisément aux neuroleptiques. Ou, « Si vous voulez réussir votre rôle dans la pièce de théâtre, il faut bien prendre vos médicaments. »

Des choses à taire :

Les malades n'ont pas à savoir ce qu'ils ont comme maladie; ils ne doivent pas connaître l'effet des médicaments. Si ce sont les médicaments qui les défoncent, il ne faut surtout pas l'évoquer avec eux : le médicament prescrit par le médecin fait toujours du bien, pour tout : la dépression, l'anxiété, le mal aux dents...

Du même côté que les médecins, les infirmiers n'ont ni le bénéfice du savoir, ni le bénéfice du pouvoir réel. Ils apparaissent, selon les cas :

- soit comme doués d'une véritable vertu thérapeutique : proches du malade, prenant en charge aussi bien les délires que les corvées matérielles, ils font tout, ils font marcher le service;
- soit comme les « brutes », les « incultes », ceux qui s'opposent à une compréhension profonde du malade et à l'introduction du changement dans l'hôpital psychiatrique.

Dans la pratique, bien que dérisoirement payés par rapport aux médecins, ces véritables prolétaires du système sont le rouage principal du fonctionnement de la machine asilaire. Ils ont une fonction de tampon entre les patients et les médecins qui joue à plein, dans les deux sens du terme : les tampons qui atténuent les effets de la folie et les tampons qui impriment le discours des médecins sur la folie. Discours

repris, moins habile, plus fruste, c'est une caricature. C'est ce qu'il convient d'apprendre, de répéter si l'on veut être un bon infirmier.

## LA CHAÎNE ORTHOPÉDIQUE

Aussi ne tolère-t-on pas leur émancipation. Ils sont soumis à l'absurdité de la hiérarchie, à un enseignement médical au rabais, à un régime d'étude ou règne l'arbitraire le plus total.

En raison de quoi, toute initiative leur est interdite, et à plus forte raison toute contestation véritable du fonctionnement d'un service. Et là où les infirmiers jouissent d'une certaine liberté d'action, l'institution psychiatrique se charge d'en neutraliser les effets : par l'inertie formidable de l'asile, ses murs, ses malades chronicisés, comme par le chantage à l'incompétence qui aboutit à une véritable autocensure.

A cet égard, quand des infirmiers veulent prendre une décision, elle doit passer par l'instance suprême : le médecin-chef. Quand ce n'est pas lui qui impose ce procédé, la hiérarchie infirmière s'en charge elle-même. Les surveillants généraux servent de filtre entre le médecin et la marche d'un service. Toute prise de parole des infirmiers est interceptée par une chaîne orthopédique (élèves, infirmiers, surveillants, surveillant général, médecin) qui en neutralise les effets.

Pourtant, une autre parole arrive parfois à émerger : celle qui dit toute l'horreur de l'asile, tout l'isolement des malades, toute l'inefficacité des thérapeutiques médicales hâtives et palliatives. Celle qui ne supporte plus de se faire la complice d'un système policier de normalisation. Cette parole-là ne peut pas exister à l'asile. La hiérarchie veille et la répression ne se fait pas attendre.

Quand quelqu'un échappe au contrôle hiérarchique, on le liquide : on le renvoie si c'est un élève (il n'a aucune garantie d'emploi, il signe un contrat qui le met à la merci de son directeur d'étude, où il est stipulé, explicitement, qu'il est révocable sur-le-champ et sans recours), on le mute si c'est un infirmier, et si ça ne suffit pas on le soumet à des pressions journalières qui peuvent l'acculer au suicide (lesquels sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement).

## QU'EST-CE QU'UN BON INFIRMIER ?

Dès son entrée à l'hôpital psychiatrique, le problème est de le conditionner.

Un exemple : à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, le directeur en début d'année est venu se présenter en tenant aux infirmiers le discours suivant : « Vous êtes, d'après vos dossiers, d'un niveau intellectuel et social très bas : grâce aux cours que nous vous faisons, vous accéderez à un niveau non négligeable au tableau des fonctionnaires ».

Autrement dit, « Vous êtes des cons et grâce à nous, vous allez devenir quelqu'un » ... !

Mais ce n'est pas tout.

Au niveau des cours et de l'apprentissage, l'infantilisation atteint son maximum.

- Places numérotées, attitrées toute l'année : on se met là où le surveillant en chef vous place et pas ailleurs. On est sanctionné si l'on change de place, si l'on « bavarde ».
- Aucun droit de regard sur la façon de faire les cours ni sur leur contenu.
- En fonction de l'attitude pendant l'enseignement, le directeur d'études, qui est un super-infirmier, fait accompagner chaque élève dans le service où il travaille d'une note de valeur.

Plus un élève est doué d'esprit critique, moins il avale facilement tout ce qu'on lui donne, et plus il est considéré comme un incapable.

Un bon élève est celui qui en redemande. Dans cette atmosphère de terrorisme et de dictature, les médecins, les internes, les psychologues continuent à faire leurs cours comme si de rien n'était.

L'accord est parfait entre ces tenants du « savoir authentique » et les super-infirmiers qui, dans leur rôle de « répétiteur », suprême singerie, parlent à propos de Lacan du « Stade de la Glace »...

## TÉMOINS ET AGENTS DE LA VIOLENCE

Nous lançons un appel à tous les infirmiers syndiqués et non syndiqués.

Il faut en particulier que les travailleurs militants dans les syndicats ou dans les groupes politiques s'aperçoivent qu'il ne leur est plus possible de concilier une attitude de militant combattant contre la

société capitaliste et le silence ou l'indifférence devant l'oppression dont sont victimes les internés qui, ils l'oublient trop souvent, sont avant tout eux aussi des travailleurs : ouvriers, paysans, immigrés. Il doit leur apparaître clairement que le combat revendicatif, la défense des intérêts des salariés ne peuvent suffire : ils sont en effet au centre d'une situation où la violence et la répression du capitalisme s'étalent impunément comme en peu d'endroits.

Mais il ne suffit pas non plus que les plus politisés se cachent derrière la perspective générale de la construction du socialisme. Ils ne peuvent en attendre qu'elle règle le problème de la psychiatrie. C'est dès maintenant qu'il doivent s'en saisir et s'attaquer à l'oppression de l'institution asilaire.

A tous, nous demandons de voir de quoi ils sont les objets, quel jeu de la répression on leur fait jouer. Ils sont quotidiennement les témoins ou les agents de toutes sortes de violences.

Par exemple :

- Les coups : un débile dans une boîte en carton poussée à coups de pieds par des infirmiers ricaneurs.
- Un enfant de 18 ans attaché à une chaise en train d'être battu.
- Le lever, la prise des médicaments, les repas, au rythme des gifles.
- Le dément sénile à qui l'on jette par terre des cigarettes allumées parce qu'il les avale.
- L'homosexuel dont la surveillante ouvre la valise et exhibe les dessous féminins qu'elle contient, à la risée des autres pensionnaires, etc.
- La contention et l'augmentation des doses de médicaments injustifiables pour des raisons thérapeutiques : le malade qui n'est pas calme, dont le délire devient un peu trop bruyant sans pour cela qu'il soit dangereux, bénéficie de doses supplémentaires. Ceci est une pratique quotidienne généralisée.
- Obligation pour un malade non-consentant de suivre la thérapeutique du service. Obligation de prise de médicaments, de subir des électrochocs ou même une lobotomie (qui existe encore aujourd'hui 1973).
- Interdiction de sortie systématique pour les boucs émissaires des services.
- Obligation du lever, quelle que soit la maladie, tous les jours à 6 h 30.
- Privation des repas pour les retardataires.

On arrive au sommet de la répression quand les infirmiers ont investi à leur tour un malade de la puissance sur les autres : un malade

qui fait régner l'ordre, par sa force physique, mais aussi en possédant des clefs qui donnent accès à tel ou tel fonctionnement, armoire, placard. C'est lui, le « bon malade », qui décide de ce qui convient ou pas pour les autres.

A cette liste, on pourrait en rajouter bien d'autres. Certes, on ne retrouve pas tous les abus dans tous les services. Mais, là où on ne donne plus de coups, là où on ne prive plus de repas, on est soumis au régime des placements forcés. On oblige toujours à la prise des médicaments, on impose le chantage thérapeutique.

## LA RENGAINE SUR LA GRANDE MISÈRE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Beaucoup de travailleurs de la santé pensent : certes, ces excès, ces violences existent, mais les malades mentaux existent aussi, et, jusqu'à présent, seul l'asile s'occupe d'eux. Ils continuent donc à croire au pouvoir de la psychiatrie en raison du problème posé par la « folie » et la réponse que donnent – malgré tout – les psychiatres.

C'est ce malgré tout qu'il faut démystifier, et montrer, preuves à l'appui que c'est faux, l'hôpital ne soigne pas.

Il s'agit là d'une escroquerie, une des dernières escroqueries d'un savoir au service de la bourgeoisie qui entend répondre selon sa propre vision et ses propres intérêts à tous les problèmes créés par son système oppressif.

Pour le démontrer, il suffit de prendre les psychiatres au mot. Leur théorie, en effet, se cache derrière des analyses savantes, des classifications de botanistes ou de zoologues, des termes de psychologues des « profondeurs ». Mais derrière cet écran de fumée, il s'agit, avant tout d'une pratique, d'une approche de la maladie. Il est donc possible de juger sur pièces : la psychiatrie, c'est ce que font les psychiatres.

Ce qu'ils font, c'est avant tout d'exercer une violence quotidienne, parfois évidente, parfois subtile, parfois cruelle et agressive, parfois feutrée et animée de la meilleure volonté – mais il s'agit toujours d'une violence.

Dans la grande majorité des cas, le malade n'a aucune chance : depuis le moment où il rentre à l'asile, on ne lui demandera jamais son avis, on ne lui accordera jamais ce qu'il demande, on l'isolera du monde, on lui enlèvera tout ce qu'il a : ses vêtements, ses biens, les

liens avec sa famille, ses proches, ses camarades de travail, le droit d'avoir des rapports sexuels, le droit d'écrire librement et encore, jugeant que cela ne suffit pas, on l'abrutira avec des doses de neuroleptiques telles qu'aucune personne se trouvant dans son cadre de vie normale ne pourrait les supporter (l'expérience des personnes « saines » ayant pris des doses « asilaires » de médicaments sont éloquentes à cet égard).

Quant aux élèves ou aux infirmiers, s'ils se permettent de prendre du temps pour parler aux patients, leurs supérieurs affirment :

« Vous n'êtes pas là pour discuter avec les malades. »

Il leur est toujours interdit aujourd'hui, dans la plupart des services de discuter avec les internés.

« C'est pas du travail » dit-on sans se cacher.

Dans de telles conditions, de quel poids peuvent peser les revendications matérielles ou même thérapeutiques éternellement ressassées par les syndicats et les organismes médicaux ? Quel sens peut avoir, en face d'une telle réalité, de meilleures installations, plus d'infirmières, plus de W.C., plus de pâte à modeler ? On se moque de nous !

Il ne s'agit pas de refuser de telles revendications, mais d'en montrer l'incroyable insuffisance, la goutte d'eau dans l'océan que représentent de telles améliorations...

## LES INTERNÉS

Au cours des vingt dernières années, plusieurs expériences ont été tentées pour transformer la situation des hôpitaux psychiatriques.

La plupart des mouvements réformistes, en particulier en France, celui de l'après guerre, ont été lancés par des médecins qui excluaient les malades de leur plan d'action : ceux-ci ne devaient jouer aucun rôle particulier : on attendait d'eux aucune initiative concrète, aucune décision. Les malades devaient seulement attendre passivement d'être les bénéficiaires sages et patients de cette « révolution psychiatrique »...

<sup>2</sup>

Cependant, d'autres psychiatres ont, depuis, fait la critique de cette « révolution » par le haut et uniquement par le haut.

---

<sup>2</sup> Nous ne parlons pas des cas de l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, ni de la clinique de La Borde à Cour-Cheverny, dont le caractère d'exception ne fait que confirmer la règle.



Ils ont tenté d'incorporer réellement les malades à leur projet. Ceci (que ce soit en Italie, en Angleterre ou aux États-Unis) n'a pas réussi à créer chez les internés une prise en main effective de leurs problèmes, aucune prise de conscience collective et transformatrice n'a pu être enregistrée.

A cet égard, l'expérience qui a été poussée le plus loin, celle de l'équipe de Basaglia, médecin-chef de l'hôpital Gorizia en Italie (1963-1968) a montré toute la difficulté que rencontraient de telles initiatives. Il s'agissait pourtant de militants prêts réellement à se mettre en question, à refuser le mandat que la société voulait leur faire remplir, et qui faisaient tout pour impulser à la base un mouvement authentique de malades par la multiplication des journaux, des clubs, des réunions des prises de décisions collectives.

On voit donc apparaître une différence très importante entre la situation des asiles et celle de la plupart des autres institutions répressives de la société capitaliste, qui ont toutes connues de vastes mobilisations, souvent violentes, au cours des dernières années : usines, collèges, écoles, prisons, etc.

En effet, la répression y prend des formes tout à fait particulières, on aurait envie de dire « originale ». Elle étouffe toute possibilité de s'exprimer, de penser, d'agir, à tel point, qu'une réaction individuelle ou collective ne peut être qu'exceptionnelle, et une révolte véritable pour l'instant difficile à envisager. Il est intéressant de noter qu'une des seules actions de « malades mentaux » ait été une grève de la faim au quartier de sûreté d'Henri Colin à Villejuif.

Ces grévistes, comme la plupart des internés dans ce quartier étaient des droits communs ou des malades dangereux. Ils protestaient contre le refus des autorités de leur laisser un pyjama dans les cellules glacées. On voit donc qu'il s'agissait plus d'une révolte de type pénitentiaire qu'asilaire.

## LE GRAND SILENCE ASILAIRE

Le silence, la résignation des malades internés ne peut s'expliquer par le seul caractère totalitaire de l'asile, puisque les prisonniers ont multiplié les révoltes en France, en Italie, aux U.S.A. au cours des dernières années.

La responsabilité incombe à la psychiatrie dans sa réalité quotidienne : abrutissement par les neuroleptiques jusqu'à empêcher toute réflexion, toute énergie, contrainte de tous les instants.

Si le malade persiste à protester contre tel ou tel traitement, s'il s'entête contre telle ou telle décision qu'il juge injuste et pour lequel on ne lui a pas demandé son avis : les réactions ne se font pas attendre. N'importe quel malade ou infirmiers peut en témoigner : médicaments administrés de force, par piqûre, maîtrise physique par la camisole, mise en cellule, mise en quarantaine, et peut-être pire que tout, chantage de la part des médecins qui font planer la menace d'une prolongation de « séjour » pouvant aller jusqu'à l'internement à vie. Ces réponses ont été par exemple textuellement données à Mme L. durant son séjour de deux mois à l'Hôpital Psychiatrique de Vaucluse par le médecin-chef du service.

(Or n'oublions pas que le malade, contrairement au prisonnier, ne sait jamais de façon certaine quand il sortira : le médecin seul en décide de façon discrétionnaire.)

Plus subtilement, toute révolte, tout défi est aussitôt interprété, intégré dans le cadre du diagnostic et de la recherche des symptômes et ne fait donc que confirmer la conduite « anormale », et les fantasmes « affectifs », l'instabilité du malade et justifie par là même pleinement son internement.

Ceci ne doit pas exclure tout travail militant, tout regroupement d'internés, mais doit clairement faire apparaître les limites dont chaque interné a pu se rendre compte lui-même durant son passage à l'hôpital.

Il faut, de toute évidence, encourager la constitution de groupes de patients partout où cela est possible notamment dans les services plus ou moins libéraux qui rendent possibles de telles initiatives (celles-ci peuvent par exemple, s'amorcer autour de clubs, de journaux, dont les internés sont les organisateurs). L'intérêt fondamental de tels rapprochements, de tels groupes est de rompre l'isolement de chaque patient qui vit sa « maladie » sur le mode individuel, renfermé et souvent culpabilisé.

Or, c'est justement là une des grandes forces de la psychiatrie de pouvoir compter sur les internés pour qu'ils acceptent cette division de leurs problèmes, cette atomisation de leur vie à l'asile. S'il est très difficile de créer une conscience réellement collective des internés, il est au moins possible d'amorcer un tel processus.

Ainsi une étape supérieure pourra être atteinte, celle où les internés se mettent à rédiger ensemble des revendications réunissant leurs exigences concernant la vie quotidienne de l'hôpital, leur rapport avec le savoir médical, avec le personnel psychiatrique. Sur ce point, l'action de l'Association contre la Répression Médico-Policière (A.R.M. de Vaucluse) en décembre 1972... (constituée par une poignée de patients), est un premier exemple de ce type d'action qui devra se multiplier et que le G.I.A. soutiendra.

Rappelons les revendications essentielles qu'avaient avancées ces militants dans un tract largement diffusé dans les asiles de Paris et de province, par l'A.R.M. et le G.I.A. :

« Nous avons à :

– former des groupes d'information sur les méthodes fascistes de certains médecins et sur les procédés coercitifs ;

– exiger de connaître les bêtises inscrites dans les dossiers et nous les faire expliquer ;

– demander le nom de tous nos médicaments et demander à lire leur action dans le dictionnaire « Vidal » ;

– refuser d'expérimenter les nouveaux médicaments dont l'un a rendu aveugle des internés de Vaucluse... Et en plus le médecin-chef a été payé par le laboratoire !

– trouver les infirmiers, médecins et médecins-chefs dont les mains sont moins sales que celles des autres. Beaucoup ne demandent qu'à mettre en l'air la loi sur les placements d'office et des conceptions périmées de la psychiatrie... »

## L'« HYGIÈNE MENTALE » A DOMICILE

On sait que le pouvoir met en place progressivement depuis quelques années (1960 exactement) une nouvelle politique qui tend à sortir la psychiatrie du cadre de l'asile pour la porter dans l'ensemble des institutions sociales et créer un véritable réseau dit de « psychiatrie de secteur ».

Sous prétexte de mieux assurer l'« hygiène mentale » de la population, la psychiatrie étend son empire par de véritables techniciens de la « maladie mentale » (médecins, psychologues, psychanalystes, assistantes sociales, infirmiers).

Leur tâche consiste aussi bien à déceler les premiers signes de déviance avant l'apparition des « troubles graves » (à l'école, sur le lieu de travail, au cours de consultation de médecine générale), mais aussi à « suivre » les patients après l'hospitalisation en travaillant à leur « réintégration sociale » par la prolongation des soins, à domicile s'il le faut<sup>3</sup>.

La psychiatrie acquiert donc une dimension que l'asile seul n'a jamais pu lui donner, celui non seulement d'exclure en enfermant purement et simplement, mais de réprimer en contrôlant l'ensemble des comportements, des attitudes relevant de la « déviance »... Ainsi, la porte est largement ouverte à l'utilisation policière de la psychiatrie pour résoudre avec le moins de heurts et de bruit possible toute contestation, tout ras-le-bol, tout refus dès qu'il ne cadre plus avec la normalité du travail, de la rentabilité, et de la discipline.

L'opposition croissante de couches sociales de plus en plus larges depuis le grand mouvement de mai 68 donne à cette nouvelle orientation de la psychiatrie un sens encore plus décisif : sa transformation en maillon essentiel de la chaîne des instruments répressifs nécessaires à assurer la survie du système en crise.

Les pionniers de cette « psychiatrie de secteur », ceux qui en ont poussé l'expérimentation le plus loin dans le cadre du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris et qui avaient su devancer les préoccupations du pouvoir dès le milieu des années 50, exprimaient déjà à cette époque cette conception du psychiatre comme collaborateur éclairé des instances les plus répressives.

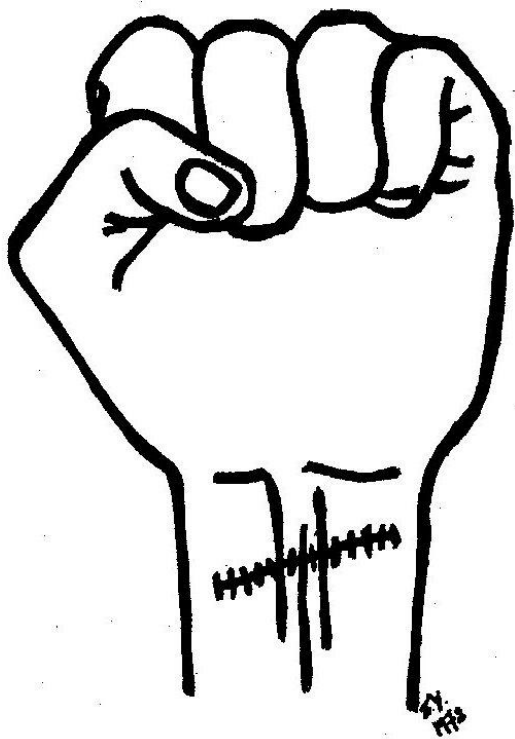
« ... Pendant les quatre premières années (1954-1958), l'effort est porté sur la présence dans la communauté. L'équipe se déplace dans les réunions des services sociaux et des œuvres du quartier, auprès *des curés, des policiers et des médecins privés*, en contact avec ceux qu'il est convenu d'appeler les *pivots sociaux* de l'arrondissement. Il s'agit de

---

<sup>3</sup> Il faut peut-être préciser ici, pour certains que nous ne sommes pas contre le principe qui consiste à sortir le problème de la « folie » du cadre asilaire. C'est même bien entendu dans ce sens que nous entendons agir, mais ce que nous condamnons, c'est la forme technocratique, répressive, « hyper-psychiatrique » que revêt ce principe chez tous ceux qui, jusqu'à présent, s'en sont fait les porte-paroles.

faire trou, d'être connu et reconnu tant par les malades que par la population... » (c'est nous qui soulignons).

Paumelle : « Le psychiatre dans la cité », in *Projet*, déc. 70.



## IV PERSPECTIVES DE LUTTE

S'il nous faut être prudent et modeste, car le G.I.A. n'a commencé à étendre son action et sa présence dans les hôpitaux et les quartiers que depuis quelques mois, on peut néanmoins avancer dès maintenant les principaux thèmes sur lesquels il compte intervenir.

### CONTRE LE TERRORISME DE LA LOI

La Loi de 1838, nous l'avons vu, est le pilier sur lequel repose le système psychiatrique depuis sa création sous la Monarchie de Juillet. Combattre l'appareil psychiatrique, c'est donc combattre l'instrument juridique qui lui a donné vie, la loi qui crée de toute pièce le pouvoir du corps médical sur la folie; c'est en effet lui, en collaboration avec l'appareil policier et administratif représenté par le Préfet qui règne seul, impunément, et quasiment sans contrôle judiciaire sur toutes les personnes pouvant présenter un comportement jugé anormal, asocial, pathologique.

Le problème de la loi présente une signification essentielle. En même temps que la constitution des groupes de quartier, il permet d'engager la lutte contre la psychiatrie d'une façon claire et globale.

En effet, si le G.I.A. est structuré en groupes de quartiers et d'hôpitaux psychiatriques, il doit tenir compte également du fait qu'il a en face de lui un appareil cohérent et structuré.

Ceci oblige le G.I.A. à se donner des instruments de lutte qui soient également centralisés. Ce n'est qu'ainsi que de véritables coups pourront être portés au système, qu'il sera possible d'obtenir un retentissement, un impact, une diffusion dans la presse et les milieux de la santé, et enfin d'un rapport de forces nouveau pourra apparaître dans la psychiatrie.

Le cas de Mme L. (*cf.* brochure) par exemple, a permis d'introduire une première faille dans le système psychiatrique en montrant ce que pouvait avoir de parfaitement arbitraire les décisions d'internement, ce qu'il y avait de fragile dans tout diagnostic et toute classification psychiatrique.

Mais une autre dimension de lutte apparaît de plus en plus nettement : que s'agit-il de faire contre la répression permanente à laquelle

sont soumis les malades qui tentent de s'exprimer et de contester de quelque façon que ce soit le fonctionnement de l'asile – ou quand les travailleurs de la santé, infirmiers et internes se dressent contre une pratique ou une mesure qu'ils refusent de cautionner. Ces malades comme ces infirmiers doivent être défendus et le G.I.A. se propose dès maintenant d'intervenir de l'extérieur, à la sortie des hôpitaux, sur les marchés des quartiers quand de tels faits auront lieu, qu'il s'agisse de cassage de gueule, de mise en cellule, de mutations, de pressions par chantage ou de licenciement : ceux qui en seront victimes doivent savoir qu'ils ne sont pas seuls.

Il est d'autant plus important que le G.I.A. assume ce travail qu'il est clair qu'à l'intérieur de l'asile, les conditions de répression enlèvent à des travailleurs et aux malades qui sont isolés toute possibilité d'agir ouvertement. Ils ne peuvent pas se faire repérer mais au contraire doivent travailler en liaison avec des militants de l'extérieur auxquels ils fournissent des informations, des données de la situation.

Ainsi, seulement peuvent être élaborées en commun, les modalités d'une dénonciation véritablement efficace de la répression asilaire, partout où elle se déploie.

## LE COMITÉ DE DÉFENSE DES INTERNÉS

Créer une permanence qui centralise les informations sur des cas individuels et collectifs, tel est le but de ce comité. Cette permanence est composée de trois ou quatre membres du G.I.A. Ce n'est pas une consultation juridique dirigée par un avocat, qui prendrait en charge un « dossier », pour introduire un recours, déposer une plainte, etc...

C'est une permanence de militants.

Il s'agit tout d'abord de recevoir les informations d'une personne qui vient à la permanence, ou d'une lettre. Ces informations doivent être très complètes et précises. Le nom du médecin, le service, par exemple. Ensuite, mettre le problème évoqué en relation avec d'autres cas analogues. Recouper ainsi les informations sur tel secteur, tel hôpital ou clinique, tel médecin...

Le problème étant situé, susciter localement une défense, avec l'appui des infirmiers, d'autres malades, de la famille, de certains médecins... si possible. Sortir cette personne de l'isolement en recréant autour d'elle une solidarité. Exploiter à ce niveau toute possibilité



d'action. Un seul problème dans un hôpital, une clinique ou un dispensaire, peut être le point de départ d'un Comité de Défense des droits des Internés dans l'hôpital, dans le secteur. Faire exister un contre-pouvoir, à l'intérieur même du champ psychiatrique, tel est le but de ces Comités de défense.

Lorsqu'un recours juridique semblera possible, par la nature même du problème et par les conditions locales de lutte, le Comité de Défense transmettra à un avocat, qui n'agira pas seul dans son cabinet, mais en liaison avec les militants.

Bien des gens risquent d'être déçus par un tel Comité de Défense.

– Car il n'est pas question de se décharger sur lui d'un problème que seule une solidarité et une lutte localisée peut résoudre.

– Il ne fera pas de belles promesses non tenues sur des recours juridiques illusoire ou impossibles.

– Il renverra le plus souvent la personne concernée sur le secteur, le quartier, l'hôpital d'origine, car la lutte doit partir de là.

– Il s'occupera plus de problèmes collectifs, qu'individuels, et donnera toujours la priorité à l'organisation d'un comité de défense local, sous la direction des malades eux-mêmes.

## CONTRE LE TERRORISME DU SAVOIR

Ce thème est certainement le plus complexe, celui qui prendra le plus de temps à être développé et à se matérialiser dans une action payante. Il constitue pourtant le fond du problème, l'enjeu décisif du combat que commence à engager le G.I.A.

En effet, dès qu'on touche à un aspect quelconque du système asilaire (l'internement, les modes de placement, le régime carcéral, les thérapeutiques forcées...), on se heurte aussitôt à ce qui permet de le justifier : le savoir psychiatrique. C'est lui qui rend ce combat si difficile ; on n'attaque jamais des faits, des pratiques, des institutions telles qu'elles sont à l'état brut, et dont le caractère intolérable et répressif apparaîtrait évident à tous.

Les psychiatres se retranchent aussitôt derrière le problème délicat de la folie et l'épais brouillard dans lequel ils tiennent à le maintenir.

Les victimes de ce faux savoir sont aussi les familles. Se trouvant confrontées à cette folie que tout les a entraînés à craindre et à fuir, ils se retournent vers ceux dont ils attendent naturellement une aide, un

début d'explication : les psychiatres. C'est là qu'apparaît leur véritable responsabilité : au lieu de répondre aux questions, au lieu de donner des éléments qui permettraient à ces familles de comprendre ce qui leur arrive, ces dernières se heurtent à des indications évasives, à des termes incompréhensibles, au mieux à des tentatives de les reconforter à peu de frais...

Le G.I.A. doit dénoncer cette pratique quotidienne, véritablement intolérable des psychiatres dans laquelle leur savoir dévoile toute sa vacuité et toute son ineptie. Mais le G.I.A. doit aussi se donner des instruments qui permettent de briser ce monopole du savoir sur la folie qui, plus que dans aucun autre domaine est la propriété exclusive d'une minorité qui n'a de compte à rendre à personne.

En dehors de cette brochure, deux autres sont déjà en préparation, l'une sur le déroulement de l'affaire L., une autre sur les thérapeutiques médicales utilisées en psychiatrie (neuroleptiques, électrochocs). D'autres textes suivront selon les exigences de la lutte à venir, des problèmes qui seront soulevés.

Le G.I.A. s'emploie à réunir des dossiers sur tous les aspects du fonctionnement de la psychiatrie, la plus ouvertement répressive et gangrenée, comme la plus « progressiste » et la plus « présentable ».

Il faut que ceux qui paient quotidiennement le prix de leur oppression, les malades comme les travailleurs de la santé puissent faire connaître la vérité, raconter ce qu'ils voient et ce qu'ils vivent, qu'ils puissent avec le G.I.A., démonter les lois et les mécanismes de son fonctionnement.

A l'étape actuelle, cette perspective doit être considérée comme l'enjeu d'une véritable lutte ; en effet, il n'existe pas d'autre canal par lequel, les malades et les travailleurs de la santé puissent s'exprimer, refléter librement leur point de vue sur le système psychiatrique.

## LES GROUPES DE QUARTIER

Les difficultés énormes rencontrées par les internés qui veulent se faire entendre et contester l'appareil psychiatrique font clairement apparaître l'urgence d'une forme d'action qui puisse se déployer à partir de l'extérieur de l'asile.

Là, les ex-internés sortis du régime carcéral de l'institution, les patients qui fréquentent les dispensaires et les hôpitaux de jour ou de

nuit et qui ne sont pas (ou plus) sous le coup des différents modes de placement forcé peuvent commencer à briser le silence qui est fait sur la réalité de l'asile et à porter efficacement les premiers coups contre le terrorisme de la psychiatrie.

Le découpage des arrondissements et des quartiers en secteurs d'environ 65 000 habitants prévoit un hôpital psychiatrique, un ou plusieurs dispensaires et selon la « générosité » des pouvoirs publics, un hôpital de jour ou de nuit, un centre de post-cure, un foyer. Il s'agit donc d'unités relativement homogènes où les patients d'un même quartier sont contraints de suivre la même filière de psychiatres, d'équipes médicales, d'assistantes sociales.

Chaque groupe de quartier intervient donc auprès des patients qui connaissent les mêmes têtes, évoluent dans les mêmes lieux, sont aux prises avec les mêmes pratiques.

C'est pourquoi il est essentiel que chaque groupe fixe avec les malades ses propres modalités d'action : tracts, panneaux devant les dispensaires et sur les marchés, discussions, projections de films, réunion dans les foyers, des maisons de jeunes, permanences.

## DÉPSYCHIATRISER LA FOLIE

Le G.I.A. ne peut pas et ne doit pas être un lieu de soins psychiatriques thérapeutiques ou même anti-psychiatriques.

Non seulement il n'a pas les moyens, les forces militantes, les locaux qui seraient nécessaires pour répondre aux demandes et aux problèmes posés par les différents cas individuels qui se présentent, mais surtout, ce n'est pas dans ce sens qu'il entend agir.

Au contraire, il faut, autant que cela est possible, sortir du terrain de la « maladie », vécue comme une réalité privée, intériorisée, se posant de façon isolée et détachée de son contexte politique.

C'est en effet le terrain sur lequel le psychiatre entend situer la « maladie » que nous refusons.

## SORTIR LA FOLIE DE SON STATUT PRIVÉ

Pour la bourgeoisie, la « maladie » est un problème qui ne renvoie qu'à la personne « malade ». Elle n'est que le reflet d'une insuffisance ou d'un dérèglement de l'esprit ou du corps. Il suffit donc de traiter

chaque « cas », chaque symptôme, chaque déviance, avec la technique la plus adéquate pour que soit entièrement résolu le problème posé par la « maladie ».

Même les anti-psychiatres ne sortent pas de cette logique et conçoivent la « guérison » comme une affaire individuelle : il suffit pour eux de laisser le délire s'exprimer, le discours de la folie suivre son cours naturel le plus « librement » possible et ce, dans un cadre privilégié, éloigné des contradictions de la société capitaliste.

Pour le G.I.A., au contraire, il faut déplacer la « maladie mentale » de ce terrain dans lequel on veut la laisser enfermée. Il ne s'agit pas d'affirmer qu'elle n'aurait que des causes socio-économiques (ce qui reviendrait à nier l'existence de la folie), mais d'affirmer qu'une compréhension, qu'une approche juste implique de se situer en dehors de tout discours psychiatrique.

Alors seulement, on pourra s'apercevoir que ce ne sont pas que les murs et le fonctionnement de l'asile qui conditionnent les malades, mais que l'individualisme bourgeois et la privatisation des problèmes sont des armes de la psychiatrie tout aussi nocives et dangereuses.

Après, il sera possible de passer à une étape supérieure, celle où les problèmes de chacun peuvent être abordés et discutés de façon collective.

Souvent, il n'est pas possible de poser directement les problèmes de fond. Il faut d'abord passer par une phase de tolérance, d'acceptation des malades. Il faut que le malade se sente enfin dans un lieu où il n'est plus isolé, où il est avec des gens qui ont la même expérience que lui – où il peut réellement s'exprimer – on crée ainsi un lieu où le patient sent qu'il n'est plus considéré comme un malade, et surtout où il peut sortir de la maladie, et du renfermement sur soi-même dans lequel on a voulu le confiner...

C'est pourquoi il est aussi essentiel de discuter de la culpabilisation ressentie par certains, de la pression qu'exerce la famille, le voisinage, le médecin généraliste ou le psychiatre, du fait que celui qui « n'en peut plus », pour lequel « la vie devient intenable » et qui finit par craquer, se sent le porteur d'un mal, d'une tare, d'une déficience. C'est là ce qui permet de justifier sa mise à l'écart et fait peser sur lui l'accusation sourde de ne pas « tenir le coup », de ne pas être « à la hauteur » de sa tâche, de ses responsabilités...

Or, il ne s'agit évidemment pas de se contenter d'une telle attitude libérale et bienveillante. Le stade suivant doit être celui de la prise de conscience que : non seulement, on n'est pas seul à vivre cette situation, mais que les autres la vivent, pour les mêmes raisons, à partir de l'expérience quotidienne d'une même réalité.

C'est d'abord vrai de l'usine, du bureau où les conditions de travail, les horaires, le travail de nuit, les cadences infernales rendent souvent de plus en plus insupportable l'exploitation capitaliste qui, loin de s'atténuer n'a fait que s'aggraver depuis quelques années dans des secteurs entiers, notamment industriels.

Des exemples concrets permettent d'illustrer comment peut surgir une pareille prise de conscience. Durant la grève avec occupation d'une usine employant surtout des femmes à Schirmeck, dans les Vosges, celles-ci ont eu des discussions, pour la première fois depuis des années qu'elles travaillaient ensemble. Elles se sont aperçues qu'une proportion importante d'entre elles avait séjourné, à un moment ou à un autre, dans l'asile le plus proche : aucune n'avait osé en parler, et chacune ignorait qu'elle avait été internée comme des dizaines de ses camarades. De même, des employées du Centre des Chèques Postaux ont réalisé au cours d'une action collective que beaucoup d'entre elles souffraient des mêmes troubles et passaient par les mêmes dépressions nerveuses sans jamais l'avouer. Les causes leur en sont apparues clairement : la fatigue, l'abrutissement et surtout les horaires rendent impossible une vie normale de famille.

Malheureusement, la démonstration n'est pas toujours aisée. Dès que l'on sort de l'entreprise et du monde du travail que les salariés vivent d'emblée de façon collective, la prise de conscience des contradictions sociales, responsables de beaucoup de symptômes et de « maladie mentale » doit prendre des chemins plus complexes et nuancés. Notons pêle-mêle : l'exiguïté des logements, le bruit, l'impossibilité de s'isoler, l'absence de lieux de rencontre dans les quartiers, les difficultés qu'ont les jeunes de mener une vie indépendante et libre, la répression sexuelle, les problèmes familiaux.

Ces thèmes doivent être approfondis avec les malades eux-mêmes; il faut en parler longuement avec eux, en connaissant précisément la façon dont ils vivent leur existence quotidienne. C'est seulement ainsi que pourra commencer à se forger une nouvelle vision de la maladie et de sa place dans l'ensemble des contradictions sociales.

Mais il ne peut y avoir de pareille prise de conscience sans une lutte frontale contre le savoir psychiatrique lui-même. C'est en effet l'instance à laquelle la bourgeoisie a toujours recours dès que les véritables problèmes risquent d'émerger ; elle permet de brouiller les pistes, de désamorcer toute interrogation politique. La violence de ce savoir ne s'arrête plus aux portes de l'asile, elle étend progressivement son emprise dans tous les pores de la société.

Or, on s'aperçoit que les patients ont souvent confusément conscience de ce rôle falsificateur du savoir psychiatrique. Ils le ressentent vivement dès le premier contact avec le personnage du psychiatre (la violence du rapport soignant-soigné dans un dispensaire est souvent peu différente de ce qu'elle est à l'hôpital) : temps ridiculement court des consultations, impossibilité de s'exprimer librement, diagnostic incompréhensible et sans aucune explication, traitement se limitant le plus souvent à des doses excessives de médicaments, absence de choix du thérapeute ou même du psychanalyste...

Il suffit donc de laisser les patients parler de leur expérience du rapport à la psychiatrie pour commencer à faire apparaître son véritable rôle : celui d'un terrorisme qui s'exerce sur tout ce qui ne cadre pas avec les normes de la société et pourrait donc mettre le doigt sur ses contradictions les plus criantes comme les plus subtiles.

Contrairement à ce qui conviendrait à beaucoup d'humanistes et de bien-pensants, le scandale véritable de la psychiatrie n'éclatera pas seulement derrière les grilles et les murs du système asilaire, il proviendra tout autant du « secteur » où l'on a voulu étendre son pouvoir. L'asile et le « secteur » ne sont que les deux faces, les deux aspects d'un même ennemi : l'appareil psychiatrique dans son ensemble.

Il faut commencer à introduire les premières failles : pour cela, le travail avec les malades s'exprimant et s'organisant librement dans les hôpitaux et dans les quartiers est un moyen indispensable.

Cette lutte sera de longue haleine, car le combat contre la psychiatrie ne fait que commencer. Il est un des rares, un des derniers fronts de lutte qui ne puisse s'appuyer sur les enseignements du passé, sur une tradition qui permette de dégager des analyses et des perspectives ayant fait leurs preuves. Les fous ont été délaissés par la plupart des révolutions du XX<sup>e</sup> siècle, les mouvements politiques les plus clairvoyants ont rarement attaché de l'importance à l'institution psychiatrique et ne se sont guère attachés à sa critique, encore moins à sa

destruction. Donc, plus que dans toute autre lutte – il faut que les militants soient conscients de leurs responsabilités... tout est à dire... tout est à faire.

Achévé d'imprimer le 25 octobre 1973 à Fontenay-sous-Bois (94) par  
l'Imprimerie Quotidienne.