

MISE A PIED

N° 15-16 - 4 numéros par an
Prix : 20 F - ISSN 0153-8349

L'AFFAIRE MICHEL V... de CHAMBÉRY
protestons publiquement !

LA PSYCHIATRIE à l'heure POLITIQUE
* réflexions - textes et critiques - 16 pages

QUI EST EN H.P. ? 4 pages

Les SOIGNANTS de 1789 à 1936
des serviteurs... 9 pages

LA VOIX DES PSYCHIATRISÉS
et toutes les nouvelles

ALORS, ÇA VOUS ENDORT, LA GAUCHE !

Bonjour, après cet intermède de sept mois.

Les événements politiques du printemps et de l'été demandaient du recul et quelques observations.

Nous avons aussi accusé la fatigue après quatre ans de parution. Les trois articles principaux de ce numéro 15/16 de MISE A PIED traitent de l'asile, des soignants et de la loi Peyrefitte dans le détail. Nous avons beaucoup emprunté aux soignants et aux groupes critiques.

L'asile dans sa permanence ne change pas. Nous sommes d'accord avec le syndicat de la psychiatrie (S.P.) pour demander sa suppression dans les cinq ans.

Les soignants dans leur rôle domestique et les psychiatres dans celui du pouvoir, demandent au contraire le maintien et le renforcement de leur emploi. Ainsi la matière première psychiatrisable comme les déchets nucléaires devraient se laisser triturer pour "sauver l'emploi". Quelle aberration !

La loi Peyrefitte propose et fait voter de "faux contrôles" et de "faux droits" pour les psychiatrisés publics et privés. Elle oublie froidement 90 % des psychiatrisés publics.

Ces contrôles n'ont été et ne seront jamais effectifs par rapport à LA PERSONNE. Ces droits sont déjà inscrits dans nos lois et notre constitution. C'est du bluff ! Mais s'y ajoute le "nouveau placement d'office médical privé" de l'article 74.4. (L.353.4 du C.S.P.). La honte ! La loi est applicable depuis le 2.2.81.

Certains optimistes de la période croient aux cris démagogiques du pouvoir, politique et psychiatrique, parce qu'il crie : "Supprimons la loi de 1838 !" Ils oublient de citer toute la phrase : "et les psychiatrisés seront l'objet de mesures particulières."

Ainsi sans la loi, l'abus sera beaucoup plus facile, et seront entérinées les pratiques autoritaires en vigueur.

Nulle part nous n'avons entendu énoncer et vu appliquer UN SEUL DROIT au profit des psychiatrisés dans la longue liste de leur privation : IPPP, police, ramassage, enfermement, fichage, garantie judiciaire et recours, intégrité physique, chaînes neuroleptiques, traitements intensifs, électrochocs, lobotomies, droits et libertés personnelles, application de la loi et contrôles, droits socio-économiques...

Ainsi, il faut continuer à se battre et à dire.

Reconnaissons que notre faiblesse structurelle a de quoi nous laisser ignorer. Aussi nous vous proposons dans ce numéro la constitution d'une "association de défense des psychiatrisés", sous-titre qu'adoptera notre journal 15/16.

Nous devons prendre au mot le nouveau pouvoir et essayer de représenter les "usagers" et les "libertés en psychiatrie". Certains lecteurs nous ont suggéré d'abandonner une publication marginale et difficile à tous points de vue pour nous allier et collaborer avec d'autres. Beaucoup de raisons s'y opposent.

D'abord la spécificité de la pratique et des terrains où s'applique la psychiatrie ; le nombre de livres consacrés au sujet le démontre. Ensuite, les psychiatrisés doivent voir leur parole et leur expérience reconnue comme telle, sans la sélection de personnes dont les buts et les intérêts ne coïncident pas forcément avec les leurs. Les psychiatrisés sont des millions, ils ne sont pas tous handicapés ou marginaux, ou actifs politiquement.

La chose, la psychiatrie, doit être et ne peut être expliquée, critiquée ou combattue véridiquement que par ceux qui, la plupart du temps ont été obligés de la subir.

Et puis, et ce n'est pas le moindre, les psychiatrisés doivent relever la tête et s'affirmer comme des humains, quelles que soient leurs diminutions, leurs faiblesses et leurs craintes. Leurs désirs et leurs droits ne seront pris en compte et défendus qu'autant qu'ils les exprimeront comme citoyens. Cela n'exclut aucune alliance et compréhension avec quiconque.

La faiblesse, la dispersion et la peur des psychiatrisés se concrétise précisément dans la fragilité de notre journal. Il n'y a pas d'état de grâce pour les psychiatrisés et ceci nous conforte dans nos affirmations. N'est-il pas stupéfiant de constater que la défense des animaux dispose de groupes, de finances, de juristes et enquêteurs, de publications 100 fois supérieures aux nôtres. L'asile n'est-il pas une SPA grillagée ? Mais il est plus facile de manier et de sourire aux animaux qu'aux humains psychiatrisés et de les accueillir.

N'est-il pas dramatique que nous ne puissions pas parler en public, et que faute de personnes et de moyens, nous ne puissions même pas répondre aux demandes qui nous sont faites ?

N'est-il pas dramatique de voir stagner nos ventes à 500 exemplaires alors qu'il nous en faut 1 000 pour survivre ?

Allons-nous nous arracher à cette peur policière et psychiatrique, marque tangible de ce que nous subissons ? Comprenez-vous notre détermination que l'angoisse de l'étouffement ne quitte pas ?

Ainsi vous devez participer à l'action critique face à la psychiatrie, isolé en nous envoyant vos textes, en groupe en animant la triste réalité. De toute façon, en nous soutenant financièrement et par abonnement, en vendant le journal.

Nous rappelons que nous avons trois comptes séparés :

- un FONDS D'AIDE AUX PSYCHIATRISÉS pour l'aide ponctuelle à ceux qui veulent échapper à la psychiatrie, 30 F par jour et pour une période limitée,
- un FONDS D'AIDE JUDICIAIRE sur demande spéciale des personnes, actuellement le cas de Michel V...
- un COMPTE JOURNAL dont les frais principaux et approximatifs sont la frappe (100 F la page), la mise en page (1 000 F), le tirage (100 F la page), expédition et courrier (500 F), documentation et échange de presse (1 000 F), envois gratuits aux psychiatrisés et groupes d'influence (1 000 F).

En manque d'argent nous coupons dans l'un et l'autre de ces postes, ce qui explique notre irrégularité à tous points de vue.

Amitiés

E.L.

UNE APPROCHE DE LA VIE ASILAIRE

La vie sociale et familiale des malades

1. Lieu de naissance

Nous voulions savoir d'où est originaire le malade qui entre à l'hôpital Marchant.

— dans 46 % des cas, il est originaire de la région, c'est-à-dire doit de Toulouse et du département de la Haute Garonne, soit d'un département limitrophe.

— dans 54 % des cas il est originaire soit "d'ailleurs en France" c'est-à-dire d'autres départements que ceux qui sont limitrophes à la Haute Garonne, soit de l'étranger.

Etant donné que Marchant recrute ses malades dans Toulouse et ses proches environs, ces chiffres nous permettent de dire que la population qui vient à Marchant a "bougé" car seulement 31 % sont nés à Toulouse et le département.

Donc dans 60 % des cas, les malades de l'hôpital Marchant sont des gens qui sont partis de leur lieu de naissance. — de plus la population de Marchant est plutôt d'origine urbaine, 58 % des malades sont nés dans des villes de plus de 15 000 habitants ; ceci est en corrélation avec le fait que la ville est plus "stressante" et moins accueillante, moins tolérante pour "l'inadapté" que ne l'est le village. La ville est lieu d'anonymat par excellence.

— il faut aussi noter la proportion importante d'étrangers : 26 % qui se répartissent ainsi : 7 espagnols, 6 italiens, 8 algériens-marocains-tunisiens, 1 égyptien, 1 vietnamien, 1 syrien. Cette proportion est certainement plus importante que dans la population générale.

Leur origine : des pays dits "en voie de développement" et ces pays méditerranéens, sources d'immigration massive pour des raisons politico-économiques, dont les autochtones émigrés sont des déracinés en proie aux nombreuses difficultés inhérentes à leur condition ; recherche d'un travail, d'un logement, méconnaissance de la langue, des droits et des devoirs, des lois, absence de relations réconfortantes et restructurantes, etc. Le seuil de tolérance de tout groupe social à la maladie mentale varie en fonction de la structure de ce groupe (on a vu ce qu'il en est de la ville) et du rôle, de l'utilité, de l'action (c'est-à-dire de la fonction) de l'individu malade à l'intérieur du groupe : l'étranger, intrus dans la ville, voleur de travail, de logement... est des plus défavorisés, des plus démunis et en plus est des moins tolérés. On comprend ainsi que la probabilité que sa vie passe par l'hôpital psychiatrique soit non négligeable.

2. Lieu de résidence

86 % des malades de l'HPM habitent Toulouse ou le département de la Haute Garonne. Ceci est une preuve de l'application de la sectorisation. Les 14 % venant d'ailleurs ont certainement été transférés directement d'un autre hôpital psychiatrique, soit pour se rapprocher de leur famille, soit par mesure disciplinaire ou "thérapeutique".

Un nombre non négligeable de malades internés à l'HPM sont sans domicile fixe ; ceux-là sont plus encore que les autres internés, dépendants de l'hôpital-refuge et donc encore plus exposés au risque de sédimentation asilaire.

Dans la plupart des cas, le lieu de résidence cité dans le dossier est l'adresse de la famille (du mari, des parents...) et lorsqu'on sait à quels problèmes d'ordre familial sont confrontés nombre de malades mentaux, on peut sans crainte avancer l'hypothèse que ceci est plus une adresse postale qu'un lieu de résidence potentiel. Citons, si besoin est pour s'en convaincre quelques éléments des dossiers :

Deux étudiantes en psychologie nous ont communiqué leur thèse de fin de stage sur "UNE APPROCHE DE LA VIE ASILAIRE".

Elle est récente et permet, au-delà des grandes phrases, de saisir qui, quand et comment on va et reste à l'asile.

Lieu de l'enquête : le CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE GEORGES MARCHANT à TOULOUSE, appelé par ces stagiaires HPM, c'est-à-dire hôpital psychiatrique Marchant ou Marchant tout court, et pour les vieux toulousains, Braqueville du nom du quartier où il fut construit vers 1850 (!).

Nous avons recueilli les principales données de 100 dossiers (1) de malades présents à l'hôpital ; 50 dossiers concernaient des hommes, 50 concernaient des femmes. Le service dans lequel nous étions comprenait au 30 mai 1976, 198 dossiers de malades. Notre choix de ces 100 dossiers s'est établi selon une méthode au hasard : nous prenons en considération un dossier sur deux, ceux-ci étant classés par ordre alphabétique. Ce service n'a rien de particulier ; il accueille les malades d'un secteur de la région toulousaine.

Présentation d'un dossier de malade mental : il est le recueil de différentes rubriques que nous allons citer. L'ordre de ces rubriques n'est pas toujours le même.

1. Etat civil : nom, prénom, âge, adresse, situation de famille, profession.
2. Placements antérieurs : date et lieu de ces placements hors de l'HPM.
3. Placements à l'HPM : nature du placement (placement d'office, placement volontaire, placement libre).
 - date d'entrée à l'HPM
 - date et durée des sorties définitives
 - quelquefois, date et durée des sorties d'essai.
4. Certificats et ordonnances : dates, nature des certificats, soit l'organisme auquel il est adressé, diagnostic, pronostic (dans certains cas).
5. Observations psychiatriques ou médicales, signées par le psychiatre ou l'interne "observateur".
6. Dossier médical : examens médicaux dont la nature dépend de l'état de santé physique du malade.
7. Fiche sociale : recueil des comptes-rendus de visite en post-cure essentiellement réalisés par l'Assistance sociale.
8. Examen psychologique : compte-rendu de ou des examens réalisés par le psychologue.
9. Courrier : lettres reçues ou envoyées par l'HPM concernant la vie sociale du malade, lettres échangées entre la famille et l'HPM.
10. Régime de protection : concerne la mise sous tutelle des biens du malade mental.

Tous les dossiers ne sont pas pourvus de toutes ces rubriques ; beaucoup comportent des lacunes.

Observations psychiatriques : "...sa famille n'étant pas disposée à la reprendre, une hospitalisation prolongée semble nécessaire".

Lettre des parents d'un malade en psychiatrie : "...notre fils est venu en permission, mais il était bien pressé d'aller en ville, il n'a pas pris de médicament. Un jour de permission c'est suffisant, pas deux. Qu'il viennent moins souvent, il ne vient que pour manger..."

Réponse du psychiatre, disant en substance que "puis-que votre fils n'a pas été gentil avec vous" on lui supprime les permissions.

Il faut dire que le psychiatre ne prend la décision d'accorder une permission à un malade de l'HPM que si celui-ci a une adresse sérieuse et créditée, à laquelle il peut se rendre ; toute adresse familiale est créditée pratiquement d'office.

3. Situation de famille

Les femmes de notre population sont dans la même proportion, soit célibataires (50 %), soit mariées ou ex-mariées (50 % des cas).

Après l'internement, il ne reste plus que 27 % de femmes mariées : 15 % ont divorcé ou sont séparées, 8 % sont veuves.

Au total, parmi les femmes mariées, 29 % sont séparées de leur conjoint (la séparation datant d'avant l'internement ou ayant lieu pendant).

— 50 % des femmes de Marchant sont célibataires. Une femme qui est célibataire et qui ne l'a pas choisi c'est celle qui n'a pas eu de chance, qui n'a pas trouvé à se marier parce que la nature et les choses de la vie ne l'ont pas gâtée, avantagée ou aidée, ou parce qu'elle n'était pas "mariable" : c'est avant tout une femme en situation d'échec.

Une femme qui est célibataire parce qu'elle l'a choisi est une femme "pas comme les autres" ; l'idéal de la femme doit se situer au niveau d'un mari, d'un foyer, d'une famille, d'une maison pleine d'enfants, et celle qui refuse un tel programme est à priori en dehors des normes.

On peut aussi faire l'hypothèse qu'une femme célibataire a encore moins de chance de sortir du Refuge Marchant, car à l'extérieur personne ne l'a réclame, personne n'en a besoin.

— 29 % des femmes de Marchant sont séparées de leur conjoint.

Ce pourcentage est surprenant. Mais il suffit de laisser remonter en nous les images de la femme, celles qui apparaissent aux quatre coins des rues et des esprits, pour s'apercevoir que la femme internée à Marchant ne peut plus convenir ; regardons-là, mal fagotée dans sa blouse sans forme, et uniforme au possible. Regardons cette femme qui dit-on fait des choses bizarres et incompréhensibles, cette femme qui ne sait plus, ne peut plus, ne veut plus recevoir, balayer, nettoyer, aimer. Qui en voudrait dans sa cuisine, dans son salon, dans son lit, dans sa vie ?

Alors, ne nous étonnons plus si son conjoint disparaît sans laisser d'adresse.

— 78 % des hommes internés à Marchant sont célibataires.

Un homme célibataire est un homme isolé, volontairement ou non, et gageons qu'en ce qui concerne ceux qui sont à l'HPM nous ayons affaire aux "célibataires involontaires". Dans notre société, le mariage est signe d'une certaine réussite sociale, d'une stabilité acquise.

De plus, la famille est un lieu privilégié où l'homme, privé de responsabilités dans ses relations professionnelles, peut enfin exercer une autorité libératrice. Le niveau social de la population étudiée étant particulièrement bas, on se rend compte à quel point l'homme célibataire n'aura aucun ailleurs pour se restructurer, pour exister en tant qu'être capable d'un quelconque pouvoir sur autrui.

4. Nombre d'enfants des malades (mariés) de l'hôpital psychiatrique Marchant

19 % des malades mariés n'ont pas d'enfant ; ce pourcentage semble assez gros. De la même façon que les malades-hommes sont moins mariés que les malades-femmes (80 % de célibataires-hommes), de la même façon ils ont moins d'enfants. Ceci est dû au fait, du moins nous en faisons l'hypothèse, que la principale fonction de la femme, surtout lorsqu'elle est incapable de faire un travail rentable à l'extérieur suivi, est de tenir une maison et de la remplir avec des enfants ; la femme, si elle est malade, est encore femme si elle est capable d'être mère. Elle entrera à l'HPM après avoir accompli sa mission : faire et élever des enfants.

Le problème de l'homme malade est différent : un père est sensé donner à sa descendance ses propres richesses transmissibles (son patrimoine au sens propre du terme), l'idée de paternité étant implicitement associée à l'idée de descendance (l'homme donne son patronyme), d'hérédité, donc par extension à l'idée de tare (définie par le dictionnaire comme "défectuosité physique ou psychologique souvent considérée comme héréditaire et irrémédiable"). Quelle maladie plus honteuse que la maladie mentale, plus cachée ? Et l'homme qui passe par l'HPM n'est plus le géniteur dont on rêve... De plus, l'homme doit avoir la possibilité d'assumer la responsabilité, sinon sur le plan affectif, du moins sur le plan économique, de sa descendance.

5. Niveau d'études

Malheureusement, les dossiers sont bien incomplets sur ce sujet, et nous travaillons sur un pourcentage bien faible.

Nous avons utilisé les niveaux de culture dont on se sert en psychologie, en sociologie courante.

- niveau 1 : illettré
- niveau 2 : sait lire, écrire, compter, pas de CEP
- niveau 3 : CEP
- niveau 4 : Brevet élémentaire (ou niveau équivalent)
- niveau 5 : Première partie du Bac (ou niveau équivalent)
- niveau 6 : Bac complet (ou niveau équivalent)
- niveau 7 : Enseignement supérieur (ou niveau équivalent)

Première constatation : le niveau d'instruction est extrêmement bas chez les malades de l'HPM ; la grosse majorité des malades se retrouve dans les niveaux 1 et 2.

Deuxième constatation : seulement 22 % des femmes possèdent un diplôme, c'est-à-dire le CEP (mise à part les deux exceptions du niveau 4), ce qui ne représente aucune qualification et aucune possibilité, ce qui ne débouche sur rien. Chez les hommes, le niveau est bien sûr très faible aussi, mais 42 % ont malgré tout soit le CEP, soit le BEPC, ce qui ne représente pas un pouvoir important, et qui explique que leurs qualifications professionnelles sont pratiquement aussi basses que celles des femmes.

Pourquoi plus de "diplômés" chez les hommes que chez les femmes ? La femme, avant d'avoir des ambitions d'études, doit ~~avoir~~ conscience de son rôle, de son travail de femme, servir la famille, celle au sein de laquelle elle a vu le jour, et à la rigueur celle des autres quand la sienne n'en a pas vraiment besoin. Dès son plus jeune âge, la fille s'exerce aux travaux ménagers, tandis que le garçon est plus disponible pour mener à bien un minimum de scolarisation.

Nous tenons à signaler une similitude troublante au sujet du niveau d'instruction entre la population asilaire et la population masculine des prisons ; selon le journal "le Monde" (28.10.76), 9 % des détenus ont un niveau 1,82 % ont un niveau 2 ou 3. Les hommes peu instruits et peu scolarisés se retrouvent plus facilement sous la coupe de ces deux

pouvoirs énormes ; le pouvoir judiciaire et le pouvoir médico-psychiatrique, car ils n'ont bien souvent pas les moyens de surmonter des difficultés importantes d'ordre économique ou "psy".

Le rapprochement entre le milieu asilaire et le milieu pénitentiaire n'est pas seulement une vue de l'esprit des dits "intellectuels", théoriciens, etc. Les malades eux-mêmes font des lapsus ou des délires significatifs :

— Examen de Mme M. (extrait) :

question : "où êtes-vous ici" ?

réponse : "Je suis dans une maison où il y a beaucoup de gens qui sont énervés, mais moi je n'ai jamais tapé personne... ils m'ont mise ici et pourtant j'ai mon cahier judiciaire propre".

— Observation psychiatrique : "...la malade réintègre l'hôpital. Interrogatoire difficile..."

Ceci est une parole de psychiatre : mettons-là donc sur le compte du lapsus.

D'autre part, la sous-culture entraîne une mystification du savoir et par là même une soumission terrifiante et aveugle au savoir-pouvoir-médical. Alors, on ne s'étonne plus d'entendre le mari d'une malade dire au psychiatre : « Faites lui quelque chose à ma femme, je vous autorise n'importe quoi, elle est bonne ménagère, mais voilà toujours dans les rêves » (sic).

C'est également le moment de faire référence à une lettre écrite au psychiatre par la sœur d'une malade de l'HPM, datant de novembre 74, dans laquelle elle écrit en substance que son frère ne veut pas être opéré, qu'elle "fait confiance" au médecin, mais elle lui demande de n'opérer qu'"en dernière extrémité" s'il n'y a pas d'autres possibilités : ceci signifie que le psychiatre a les mains aussi libres que possible, et aussi longtemps que règne la confiance, son savoir en étant la caution.

6. Profession du malade

- Classement des groupes et des catégories socio-professionnelles

0. Agriculteurs exploitants (cultivateur, paysan, éleveur, vigneron, fermier)

1. Salariés agricoles (ouvrier agricole, journalier, vacher)

2. Patrons de l'industrie et du commerce

3. Professions libérales et cadres supérieurs

4. Cadres moyens

5. Employés

6. Ouvriers

7. Personnels de service

8. Autres catégories

9. Personnes non actives

Avant tout, il faut dire qu'au moment de l'internement 56 % des personnes se trouvaient sans emploi. Ceci est très important ; il semble que cette situation de "sans travail" soit à la fois cause et conséquence. Parce qu'il ne s'adapte pas (ou mal) au travail, le futur malade est rejeté, ballotté, licencié par le monde du travail ; sa vie est alors déséquilibrée, il court par l'agence nationale pour l'emploi au bureau d'aide sociale, et finira par se retrouver à l'HPM refuge, parce qu'il n'aura pas d'emploi.

Mais c'est peut-être parce qu'il est déjà malade qu'il n'arrive pas à se fixer sur un emploi. Le marché du travail réclame des êtres standardisés qui répondent à certains critères de rentabilité de production. Il n'y a plus de place pour les "faibles" au rythme ralenti, au rendement moindre, celui qui ne peut répondre à ces critères se trouvera alors dans des problèmes tels qu'une réponse plausible sera Marchant. Ou bien c'est parce qu'il est "malade" qu'il n'a pu répondre longtemps à ces critères (rentabilité-cadence) ?

— population féminine : plus de la moitié des femmes internées sont sans profession. Les autres entrent dans les catégories 5,6 et 7 : aucune n'a une véritable qualification professionnelle dite "supérieure" (les catégories 2, 3 et 4 sont vides). Les catégories 0 et 1 sont également vides : l'agricultrice est considérée comme femme d'agriculteur, donc sans profession théoriquement. De même, la femme du commerçant ou du petit entrepreneur, même si elle participe à l'exploitation familiale, n'est pas reconnue en tant "que travailleuse".

Le pourcentage de femmes "personnel de service" est important : la femme fait alors un travail de femme, que toute femme sait faire. La femme est de nature personnel de service : au foyer, elle est déjà cuisinière, couturière, bonne d'enfants, et elle monnaiera ses "compétences" si besoin est.

— population masculine : 30 % des malades de l'HPM n'ont jamais pu s'intégrer au milieu du travail.

13 % des malades sont agriculteurs et il semble qu'ils appartiennent à la petite agriculture traditionnelle.

7. Profession des parents des malades de l'HPM

— Analyse de la profession des parents : le milieu agricole arrive en tête, suivi du milieu ouvrier(2). Sachant que le seuil de tolérance de la maladie mentale est traditionnellement plus élevé dans le monde rural, il est étonnant que tant de malades issus de ce milieu atterrissent à l'HPM. Ceci nous ramène à une explication de type social : les difficultés économiques du monde petit paysan entament ses possibilités d'"intégration", d'acceptation du trouble mental : l'exode rural, de plus en plus important, a pour première victime l'être en difficulté psychologique. Il y a une proportion non négligeable de parents entrant dans les catégories 2, 3 et 4. Ceci est à noter.

Nous constatons qu'il y a un véritable déclassement des enfants pour toutes les catégories socio-professionnelles. Il n'y a donc pas de catégories socio-professionnelle qui puisse protéger ses enfants "malades" en leur évitant une chute dans l'échelle sociale, exception faite, peut-être, des petits entrepreneurs et artisans qui peuvent tenter d'abriter et de préserver l'"enfant malade" dans l'entreprise familiale.

Le statut Psychiatrique

1. Age des malades à la première hospitalisation

On entre jeune à l'HPM. Notre population entre régulièrement entre 10 et 50 ans par tranches régulières de 10 ans. Après 50 ans, le nombre des malades se réduit : seulement 14 % entre 50 et 90 ans. Or, il s'avère qu'après 50 ans, si pratiquement aucun homme n'entre à l'HPM par contre 26 % des femmes sont internées à cet âge (dont 10 % entre 60 et 70 ans).

L'HPM prend donc en partie l'allure d'un asile de "vieillards", 42 % des femmes entrent à l'HPM entre 40 et 50 ans ; ceci correspond à un âge critique de la femme, à un réajustement de son rôle et de son statut : elle a édifié une famille, mené à bien l'éducation des enfants, ou bien elle a des difficultés à assumer sa solitude de plus en plus pesante, elle est devant un problème de reclassement social.

Enfin, il faut relever que bon nombre d'hommes jeunes entrent à l'HPM : leurs difficultés d'adaptation à une vie "normale" où le travail prend une grande place pour la population masculine (plus de 75 % de célibataires, rappelons-nous) se sont révélées insurmontables. La tranche d'âge 30-40 ans correspond, elle aussi à une situation difficile pour les hommes d'autant plus difficile que, les parents vieillissant ou disparaissant ne peuvent plus assumer la charge d'un grand enfant. Cette charge incombera donc à l'HP.

2. Age au 30 mai 1976

46 % des malades vivant actuellement à l'HPM ont plus de 50 ans(3) (en ce qui concerne la population étudiée, précisons-le encore). L'hôpital n'est donc plus seulement le lieu de l'accueil, du traitement de la maladie mentale. Il a une fonction de refuge pour les malades mentaux avançant en âge. Ceci est intimement lié au désintéret, à l'oubli et à l'abandon du malade interné, les relations avec l'extérieur (l'entourage, la famille) s'effilochant au cours des ans.

3. Première intervention de la psychiatrie avant l'hôpital psychiatrique Marchant

Nous entendons par première intervention de la psychiatrie le premier contact qu'a eu le malade avec le milieu psychiatrique, c'est-à-dire la première fois qu'il a pénétré, soit dans une clinique, soit dans un hôpital, avec l'étiquette implicite : malade atteint de troubles mentaux.

Sachant que 48 % des gens qui entrent à l'HPM ont des "antécédents psychiatriques", nous nous sommes penchés sur la question. Nous nous sommes intéressés au temps passé entre la première intervention de la psychiatrie et l'entrée à l'HPM pour chacun de ces malades.

Ainsi, 48 % des malades de l'HPM sont passés par d'autres chemins "psy" avant d'y arriver :

L'hôpital psychiatrique Marchant paraît la solution miracle ou la solution désespoir, pour "le malade", sa famille ou son médecin.

— Solution miracle : là au moins, il sera vraiment suivi, soigné, guéri par un personnel spécialisé, qualifié, dévoué.

— Solution désespoir : c'est fini, il ne va vraiment pas, il ne s'en sortira pas. Aux grands maux les grands "remèdes" ; on l'envoie à Marchant-chez-les-fous, on ne croit plus à rien.

4. Temps passé entre la première intervention de la psychiatrie et l'entrée à l'hôpital psychiatrique Marchant

— 53 % des personnes ayant des antécédents psychiatriques ont eu un délai de 1 à 5 ans entre leur premier contact avec la psychiatrie et leur entrée à l'HPM.

— 36 % des malades de l'HPM ont eu un délai de 11 à 15 ans avant d'y entrer : Les antécédents psychiatriques existent au même titre que les antécédents judiciaires. On est marqué, repéré, montré du doigt dans le milieu à partir du moment où on a franchi le seuil d'un établissement "psy". Les archives s'entassent, les dossiers circulent (bien souvent très mal, d'accord...). Le malade d'aujourd'hui sera encore malade demain si hier on le dénommait déjà malade.

5. Nature du 1^{er} placement et dernier placement - évolution -

— A l'hôpital psychiatrique il existe 3 modes de placement : Le placement d'office, le placement volontaire et le placement libre(4).

— Au niveau des chiffres, nous relevons que dans 75 % des cas, le premier placement est un P.O ou un P.V. : tout s'est passé sans décision de l'intéressé.

Mais quand il s'agit du dernier placement, le pourcentage de PO + PV se rabaisse à 59 % ; on peut donc avancer l'hypothèse que, pour les 41 % qui décident eux-mêmes d'un retour à l'hôpital, on se trouve en face d'une démission de la volonté du malade, désabusé ou blasé, qui n'a plus besoin que d'un petit coup de pouce (une suggestion, un conseil ou un reproche) pour reprendre le chemin de l'HP-refuge.

Au total, 41 % des malades de l'HPM ont "choisi librement" d'être là. Il nous semble utile de préciser que les personnes en placement libre l'ont été bien souvent contre leur gré (intervention du SAMU ou des pompiers). Dire que certains se sont laissés convaincre ne recouvre qu'une partie de la réalité.

— Au niveau de la différence hommes-femmes, il y a plus de femmes que d'hommes en placement libre.

Evolution de la nature du placement : nous avons recensé les différents cas d'évolution possibles.

Dans 92 % des cas la nature du placement évolue dans un sens "libéral"(5), c'est-à-dire dans un sens où la décision semble évoluer vers une prise en charge volontaire et responsable de l'intéressé par lui-même.

Quand la nature du placement se durcit(6), il existe une différence entre les femmes et les hommes (4,5 % contre 11 %). Il s'est produit alors un événement déclencheur grave dans le vécu du malade, telles une fugue, une tentative de suicide, une décharge violente d'agressivité sur la personne d'un infirmier ou d'un interné. Le changement de placement tient donc lieu de sanction en cas de comportements "déviationnistes".

6. Placement d'office mis en relation avec le premier diagnostic

Nous voulons savoir si les malades qui sont placés d'office à l'HPM ont un diagnostic caractéristique. Nous travaillons donc sur la population placée d'office. Sachons qu'il y a autant pratiquement de femmes que d'hommes placés d'office.

— 41 % des malades placés d'office sont des délirants : le délirant a un comportement typiquement troublant et asocial ; il n'a plus sa raison, on peut donc décider pour lui.

— 21 % des malades placés d'office sont des débiles : encore moins raisonnables que les délirants, par essence encore plus irresponsables, on peut décider pour eux tout aussi sereinement et en haut lieu.

— Au niveau de l'analyse entre hommes et femmes, la grosse catégorie d'entrants P.O. est constituée de débiles en ce qui concerne les hommes et de délirants en ce qui concerne les femmes.

— Citons quelques motifs de placement d'office :

- interné après un non-lieu : vagabondage, vol, incendie volontaire
- bris de clôture en état d'ivresse (7^e hospitalisation)
- troubles du caractère : impulsivité vis-à-vis de la famille
- étylisme chronique dangereux pour l'ordre public, menace de mort sur une fillette de 9 ans.
- vol d'un paquet de cigarettes - état d'agitation, pleurs (n.d.l.r. : précisons que nous n'inventons pas).
- procès-verbal - direction générale de la Sûreté Nationale : témoignages de 2 voisins : Madame C. est folle, dangereuse pour autrui, elle a cassé les boîtes à lettres de la maison, et a donné des coups de balai sur les voisins.

7. Temps passé à l'HPM

— Temps de "psychiatisation" : il se calcule à partir de la date de la première hospitalisation à l'HPM et la date du 30 mai 76. Il s'agit de voir là depuis combien de temps l'individu est considéré par l'HPM comme malade mental et traité comme tel, depuis combien de temps dure l'emprise de l'HPM sur la vie du malade. Ce temps est maximum dans la mesure où sont inclus les éventuels temps de sorties d'essai et de sorties définitives entre les différentes hospitalisations. Nous considérons que le malade, même lorsqu'il vit à l'extérieur de l'hôpital vit sous sa tutelle et son autorité, dans la mesure où il est suivi en post-cure par l'HPM.

Au niveau des chiffres, retenons que 64 % des malades de notre population sont en "relation" avec l'HPM depuis plus de 10 ans.

— Temps "réel passé à l'HPM : ce temps est affiné par rapport au précédent car nous avons oté les temps de sortie définitives. Il est frappant de relever que près de la moitié des malades de notre population vit à l'HPM depuis plus de 10 ans. Il est vrai que 40 % des internés sont là depuis moins de 5 ans.

— Période de traitement : nous prenons en considération la date de la dernière hospitalisation des malades et la date du 30 mai 76 ; nous faisons la différence. Les chiffres sont ici remarquables : essayer de réaliser si possible, que 38 % des malades de notre population sont internés depuis plus de 10 ans à l'HPM sans qu'aucun essai de réinsertion dans le circuit "normal" ait été tenté.

Encore une fois nous sommes renvoyés aux notions de stabilisation, de sédimentation, de chronicité, corollaires au phénomène social du rejet de l'anormal-improductif, comme si deux des clefs du problème étaient cachées derrière des mots.

X...

note 1 Les dossiers sont en général au nombre de trois : un dossier médical, "soignant" service un dossier "médecin" service un dossier surveillant général direction des sous-dossiers existent pour les deux derniers. Certains rapports et pièces ne peuvent en effet quitter le domaine réservé médecin-chef-direction-surveillant général sans risque pour les responsables. Dans certains cas on préfère les détruire. Ces stagiaires n'ont donc accès qu'au dossier médecin-service d'où toute pièce importante a été enlevée. Ce système permet de faire échec à toute enquête même confidentielle, des DDASS locales et nationales, et de se mettre à l'abri de fuites venant du personnel. Ainsi une enquête a réussi sur Marchant parce que menée par le président du conseil d'administration, deux ou trois autres ont échouées (pour décès) parce que menées par la DDASS Paris.

note 2 La région toulousaine est particulière quant à l'implantation psychiatrique. Neuf cliniques privées pour "troubles mentaux" assurent une offre permanente de plus de 1 000 lits. Toutes ces cliniques ont soit des "chambres de sécurité", soit des services "fermés". Elles sont bien évidemment fréquentées par ceux qui ont un "répondant" social, sinon une situation. Ainsi donc tous les chiffres et pourcentages qui vous sont ici présentés doivent être corrigés de façon importante si l'on veut faire des appréciations globales. Nous ne pouvons ici que continuer à nous insurger contre le secret qui continue à couvrir l'ensemble du système psychiatrique.

note 3 Nos stagiaires de toute évidence n'ont pas eu accès aux statistiques que tout établissement est tenu de faire annuellement et qui n'ont en principe rien de secret puisque destinées au Ministère et à l'INSEE. Ils y auraient appris qu'il y a une population internée à Marchant et le finançant par ses prix de journées, et une population sectorisée correspondant au même service placée par celui-ci dans divers établissements privés et publics de son secteur ou à domicile. Cette deuxième population peut à tout moment faire retour à Marchant si un directeur d'établissement le juge nécessaire, et en repartir de même par décision du médecin chef de service. On arrive ainsi à avoir non plus 46 % de plus de 50 ans, mais de 70 à 80 %. La psychiatrie a affiné la notion et la réalité des structures asilaires tout en gardant un pouvoir absolu sur ces diverses personnes. L'invalidation des personnes par la psychiatrie, en place de leur réhabilitation, est ici patent.

note 4 L'annihilation du patient par les chimiothérapies (conscience, gestes et réactions) permet de plus en plus de se passer d'un mode de placement légal (d'office ou volontaire). L'hospitalisation libre et non le placement libre comme l'écrivent nos stagiaires devient de plus en plus la règle, étant entendu que les moyens et la situation du patient ne lui offre aucune résistance possible à "l'offre" d'hospitalisation. Un pointage d'une structure de secteur renvoyant des "malades" à Marchant nous donne : 1 P.O pour 14 hospitalisations libres, de ces 14 dernières, 2 seulement sont à la demande du patient, et 12 réellement forcées. Les pouvoirs de pression des directeurs et médecins sont tels (sauvegarde de justice, tutelle et curatelle, Cotorep, blocage des pensions et revenus) que le "malade ne peut que s'incliner.

note 5 La phrase de nos stagiaires risque ici et de ne pas être comprise, et d'induire les lecteurs en erreur. Le mot "libéral" ne peut ici signifier que le passage du P.O. au P.V. Le passage du P.V. à l'hospitalisation libre signifierait que le patient est guéri et demande lui-même à rester à Marchant. Si le patient veut rester à Marchant peu lui importe le régime légal qui lui est appliqué. Le P.V. P.V. a le seul avantage, à notre connaissance, de permettre des sorties contrôlées ou d'essai, alors que le P.O. les rend très difficiles pour la responsabilité civile et pénale du psychiatre. Par contre, le P.V. renforce l'internement du patient, rend sa sortie plus difficile, mais n'oblige pas le psychiatre à la rigueur et au contrôle de l'administration comme dans le cas du P.O. Alors que le P.O. n'est que pour 6 mois, renouvelable sur décision du préfet, le P.V. est à vie si la famille ou le médecin ne bouge pas. Ainsi de façon aberrante les patients les moins "légalement" défendus sont les "libres" et les "placements volontaires".

note 6 De façon inverse, et pas aberrante du tout, on peut passer de "libre" à "placement volontaire" et à "d'office" et enfin au régime spécial de l'hôpital de force (réservés aux P.O. seulement) parce que le dossier contre vous s'alourdit pour faute contre le pouvoir médical (suicide) ! que la gendarmerie vous ramènera devant le même médecin en cas d'infraction sociale, et qu'on peut vous appliquer "pour danger" les traitements les plus durs. Le pouvoir du médecin chef étant absolu par son rapport, le patient est un otage de la vengeance. Le poids de tout un service contre un "rebelle" peut être terrifiant.

(Notes de MAP)

PROPOSITION D'UNE ASSOCIATION DE DÉFENSE DES USAGERS DE LA PSYCHIATRIE

1. Il est créé une "Association de défense des usagers de la psychiatrie".
2. Les usagers de la psychiatrie, ou psychiatrisés, sont les personnes étant ou ayant été reçues dans des établissements privés ou publics "consacrés aux aliénés" ou "accueillant des malades soignés pour troubles mentaux", selon le nouvel article L. 332 du code de la Santé publique, c'est-à-dire l'ensemble des H.P., cliniques et services où s'exerce de quelque façon l'autorité des psychiatres sur des "malades".
3. Le but de l'association est la défense des intérêts individuels et collectifs de ses membres à l'intérieur et à l'extérieur de ces établissements. De façon plus générale la défense des intérêts des psychiatrisés, même non associés, s'ils répondent à des critères de droit ou d'humanité.
4. Les moyens de l'association sont l'ensemble des moyens de droit sociaux et politiques reconnus habituellement aux associations type loi de 1901.
5. Tout usager peut être membre de droit, sans exclusive possible, sous réserve du paiement de sa cotisation annuelle et de son observation du règlement de l'association.
6. L'association est créée au plan national.

Observations

7. Selon l'expérience américaine, trois types de membres actifs sont proposés : les psychiatrisés, leur représentant personnel et les personnes publiques critiques. En cas d'empêchement quelconque le psychiatrisé se fait représenter par une personne qu'il nous désigne. Tout soignant ou personne publiquement critique est admise. Réserve, la majorité devrait rester aux psychiatrisés et à leurs représentants.
8. Toute personne peut être admise en tant que membre associé.
9. Un nombre minimum de 50 personnes actives paraît souhaitable avant toute réunion ou contact sur l'étude des statuts, des objectifs et du règlement de l'association.
10. Le règlement s'efforcera de prévoir les problèmes posés par les crises personnelles, le délire verbal et le désir d'hégémonie.
11. Cette association nous paraît particulièrement utile maintenant en tant que porte parole, interlocuteur et révélateur.

Vous nous écrivez sur l'ensemble de ces points et sur tous autres pouvant amener à sa réalisation concrète.

TEXTES DE PSYCHIATRISÉS

1. Pierre C... de Paris

"J'ai appris votre existence, 3 pièces jointes explicatives à titre de document. Je suis passé partout et tout est archibidon. Ces psychiatres administratifs monstrueux, malfaiteurs de droit commun, imbéciles sont-ils un état dans l'état ? Il faut leur casser les reins. Je préférerais la Gestapo, ils étaient moins cons, certains étaient des soldats, ici ce sont des tantes !

J'ai l'honneur de vous saluer, volontaire 40, erreur de jeunesse, concentrationnaire évadé (évidemment), évadé de psychiatrie (évidemment), etc.

1. J'ai été cambriolé salement par des nantis dans un immeuble "bien habité".
 2. J'ai fait le nécessaire légalement près les autorités qui m'ont éconduit poliment.
 3. Je n'ai pas accepté. Je suis OUVRIER.
 4. J'ai fait des recherches et trouvé. INDISCUABLEMENT.
 5. Cela a "dérangé" les ENARQUES dans leur "quiétude".
 6. Ils m'ont kidnappé et engoulagé... et c'est plus qu'une bavure !
 7. Etant en état de Légitime défense DEPASSE je me suis arraché. Je suis spécialiste.
- ...J'ai également été livré à la gestapo par les mêmes et également je me suis arraché. Je suis toujours fiable !...

Vieux type inoffensif, doux, non violent, usé, malade et parfaitement tranquille, j'ai été arrêté le 5 décembre 1978 vers 17 h rue Vital, Paris XVI^e devant témoins par des énergumènes délirants qui m'ont dit être de la police.

...Que nous n'étions pas au Far-West... je pense que c'est heureux pour eux.

Ils n'ont pas tiré ! Il n'y a pas eu de morts parmi eux, parmi les passants non plus. Je n'ai pas été passé à tabac.

Ils ont dit : "On va le monter là-haut".

Des armoires à glace de service, l'œil torve, m'ont embarqué illico pour Ste Anne.

L'interne de service "puant" m'a fait enfermer avec 2 fauves.

Le lendemain un autre comique, appointé par le contribuable au langage châtié, onctueux, a décidé sans appel que j'étais un paranoïaque exacerbé et que mon état justifiait des soins intensifs et importants.... Hypersténie. Tassement psychique. Délire systématisé d'évolution déjà ancienne, etc.

IL AURAIT UNE MEDAILLE D'OR A MOSCOU !

Il s'appelle GRASSET et m'a fait interner de nuit à "Maison Blanche" au Block 24. C'est un criminel de droit commun parce que *après m'être évadé je suis retourné à Ste Anne à la consultation...* pour les baiser. Je suis toujours fiable. Non seulement je n'ai pas été reconnu ni retenu... ils m'ont trouvé intelligent. Je ne leur en demandais pas autant. C'est pas beau. Pauvres cloches... Voyous !

Baratin hypocrite à l'arrivée. Camisole chimique. Cellule. Je n'ai refait surface qu'environ 10 jours plus tard. Je ne sais pas si j'ai été attaché. Ce qu'il y a de certain est qu'ils ont mis le paquet. Quand j'ai commencé à reprendre mes sens j'ai immédiatement compris que ce n'était pas la gestapo. La gestapo ne droguait pas !

Je suis resté vaseux longtemps quoique "faisant semblant" d'accepter des soins obligatoires que j'ai regurgité dans un sursaut d'énergie malgré ma faiblesse. Ces gens sont de monstrueux criminels. Des lâches ! BIEN GOU-PILLE.

Contraire à la Constitution ! Droits de l'Homme souillés par des porcs !

LETTRE DE CACHET

Il existe donc dans ce pays des malfaiteurs suffisamment "bien placés" pour pouvoir faire retirer de la circulation et emprisonner sans autre forme de procès des citoyens susceptibles de les gêner dans leurs activités criminelles !

Qui est derrière cela et pourquoi ? JE NE SUIS PAS DUPE. REVOLTANT.

Après avoir mis le système de régurgitation au point - si vous refusez les "soins" vous êtes plaqué comme au rugby attaché et piqué - et donné le change, à cause de cette fiabilité, j'ai pensé qu'il était temps de leur faire "un travail" pour m'en sortir.

J'ai observé... et très rapidement je suis entré en possession des différents passes permettant de circuler librement entre les murs de cette ahurissante abbaye - je ne suis donc pas si fou que cela - de sortir du block à ma fantaisie (je n'ai pas enfermé l'abbesse à ma place... comme autrefois) et même d'aller un peu plus loin lorsque j'ai trouvé de la ficelle dans les poubelles des cuisines... parce qu'il restait l'enceinte. Les environs n'ont plus de secrets pour moi... et malgré qu'il y a environ un personnel par interné personne n'a jamais rien vu. Ils ont raison de faire grève parce qu'ils trouvent ne pas être assez... effectivement !

Ils ne fichent rien, les corvées sont faites par des malades qui ne le sont pas, sont payés, - mais savent "étouffer" le lait de l'interné. Le saucisson Paulette... le service de garde de nuit dort parce qu'il travaille au noir dans la journée... il faut que tout le monde vive... parfois on coupe quelques gorges... on étouffe ! Le contribuable paye.

J'ai ramené du vin, du rhum, pas de drogue... ON EN VEND A LA CANTINE (je ne me drogue pas). Des filles font des pipes pour 15 00 F parfois pour 12 00 F (concurrence) parfois pour rien (plaisir réciproque). Celles en service libre posent une permission, descendent du R.E.R. aux Halles, reviennent avec 50 sacs...

G.L. voulait mes clefs, elle aurait payé mon loyer, je serais tombé comme mac. Pas fou. Les plus fous sont les toubibs - c'est connu - ils sont tous en cheville. Il n'y a aucun contrôle. INADMISSIBLE. L'un d'eux, au cours d'une interview m'a demandé si je connaissais le nom de la mer qui baigne le midi de la France ? Je venais de faire la croisière "Azur" je l'ai dépanné.

Le 15 août 79 j'étais à Nogent. Je suis parti 3 fois la même semaine et suis revenu. CIVISME. N'oublions pas que je suis un fou particulièrement dangereux.

Le 11 je suis allé à la consultation de Monsieur le Professeur BARUK membre de l'Académie Nationale de Médecine. Sans avoir fait psychologie j'ai vu que c'était un très grand monsieur. Je lui ai dit la vérité. Il m'a demandé si j'allais rentrer... Oui. Le résultat de son expertise est que mon intégrité mentale est parfaite. Les faveurs sans succès... Dès la cavale j'ai vu Nigot, Duché, Lefort, etc.

Je suis tout ce qu'il y a de normal. Ils l'ont attesté.

Lorsque je me suis arraché j'étais devenu *sans traitement*. Alors qu'est-ce que je fais là ?

2. Paul Dhellin de Montpellier

"Par l'intermédiaire du GIA Paris j'ai pu obtenir votre adresse. J'ai fait déjà plusieurs séjours dans divers établissements psy et j'ai connu le journal "Psychiatisés en Lutte", grâce à Marc D... de Paris. Je regrette la disparition de ce journal et j'espère que "Non à la psychiatrie" soit aussi vigoureux et documenté.

Je désire participer activement à votre lutte contre les abus de la psychiatrie et souhaite recevoir votre brochure médicaments. Il ne faudrait pas cependant passer sous silence certaines pratiques dérivées de la psychanalyse qui ne sont que de véritables mascarades, et là je sais de quoi je parle puisqu'après 4 séjours en psychothérapie de groupe (au total 2 ans), je me retrouve à l'HP de Montpellier en service libre faute de moyens financiers. Cependant vous trouverez dans cette lettre un chèque de 20 F et je peux aider directement toute personne psychiatisée qui désire s'en sortir comme moi. Mes moyens sont limités à l'hébergement et à l'obtention de médicaments correcteurs. Pour le travail Montpellier n'est pas facile et j'aimerais bien vous rencontrer à Toulouse.

Dans l'attente de votre brochure et d'anciens numéros si possible Mise à Pied, ou Psy en Lutte. Salut.

— P.S. Les hôpitaux font du chantage au psychiatisé par le PIPORTIL injectable, de plus ce médicament est très dangereux.

(NDLR : nous envoyons gratuitement MISE A PIED à tout psychiatisé ou ex-psy qui nous le demande. Il faut qu'il nous explique sa situation évidemment. Quant à sa recherche (équilibre, débouchés...) nous l'orientons habituellement sur une liste de "lieux de vie", auxquels il doit demander un accord préalable. Nous finançons ponctuellement une aide de 100 à 500 F psychiatisé-lieux de vie si nécessaire. Ce compte spécial lancé par MISE A PIED depuis ses premiers numéros et appelé "FONDS D'AIDE AUX PSYCHIATRISÉS" a actuellement un solde créditeur de 800 F. Nous nous basons sur un prix de survie pratique de 30 F par jour. Ce sont les lecteurs de MISE A PIED qui le financent quand ils ont envie de faire un petit geste utile).

3. Blandine Deroux du GIA Paris

Nous avons déjà publié un long texte d'elle dans MISE A PIED n° 13 au sujet des mauvais traitements et des électrochocs. Elle nous en remercie et dans une nouvelle et longue lettre elle revient sur l'état de non défense dans lequel sont la plupart des psychiatisés. Elle nous dit également :

« A Lourdes, il y avait des grands malades, infirmes et handicapés mentaux. J'ai été en pèlerinage à Lourdes à Pâques 81 avec l'organisme français catholique et même international de "Foi et Lumière". Eh bien, ce défilé de malades et d'infirmes était affreux à voir. Certes cela leur a fait du bien de voir des montagnes, d'être un peu libres, de voir qu'on les aidait un peu, de les emmener à un pèlerinage, en demandant leur amélioration ou leur guérison.

Mais il y en avait qui auraient dû rester au lit, encore trop malades et être bien soignés et psychologiquement. J'en ai vu des petits arriérés mentaux qui auraient dû être encore au lit et qu'on aurait pu guérir avec de bons traitements, soins et piqûres et en réveillant leur intelligence sans les emmener dans un pèlerinage. Ils ne comprenaient rien et leurs corps atteints de désordres physiques, nerveux et infirmités, à soigner encore au lit avec massages, piqûres et fortifiants. Je crois vraiment qu'on néglige de plus en plus les malades... »

La lettre se continue par un mélange de félicitations et d'encouragements et de regrets pour la faiblesse des groupes GIA.

(NDLR : l'humour des lettres de B.D. consiste à nous annoncer un mandat-lettre de 100 F joint, que nous cherchons vainement. Nous en rions et elle peut être, assurée de recevoir quand même MISE A PIED.

4. Paul Péguin de Paris

« ...Vous voulez donner la parole aux victimes, c'est très louable mais ce seront des voix qui se perdront dans le désert. Il n'est actuellement pour les victimes d'internement d'office ou prétendus volontaires qu'un seul moyen de se manifester étant donné le contexte politique et l'élection de Mitterand. C'est de faire juger les internements par le médiateur, voici la procédure. Rassemblez à l'aide de votre journal le plus grand nombre de victimes, les faire écrire au Ministère de l'Intérieur pour demander réparation du préjudice subi en exposant simplement les faits. Si le ministre ne répond pas ou répond d'une façon évasive, saisir le médiateur en lui demandant l'urgence par l'intermédiaire d'un député ou d'un sénateur. Si le médiateur refuse de juger l'affaire sans raison valable ou en se fondant sur des arguments spéciaux, demander à M. Mitterand la destitution du médiateur qui refusent de juger est "en état d'empêchement", cas prévu par l'article 2 de la loi du 3 janvier 1973, instituant la médiation.

Veillez croire, M. Larroque à mes sentiments reconnaissants pour la tâche ingrate que vous entreprenez pour les victimes du terrorisme politico-psychiatrio-policiers. Je reste à votre disposition pour vous donner de plus amples renseignements.

Paul Péguin, ancien interné d'office à Ste Anne (séjour de 4 mois), libéré par autorité de justice... »

(NDLR : Nous avons sauté la première partie de sa lettre qui traitait de façon mordante de ses rapports avec le GIA Paris. Nous le remercions de ses encouragements et lui demandons de nous faire parvenir le texte de la loi du 3 janvier 1973, avec ses décrets annexes s'il y en a, et la liste ou le moyen pour un chacun de joindre directement "son médiateur").

5. Balthazar de Paris

« Je joins cet article que j'ai envoyé à la "Palette des Arts" qui ne paraît plus, si donc il est possible de le publier dans votre revue, ce sera je pense profitable. Je me demande si ce n'est pas vous que j'ai connu chez Nicolas L. où j'ai travaillé en hiver 75, car je suis architecte DPLG sans travail, et c'est à cause de la façon bancaire et contre nature dont on m'a soigné pour une "dépression nerveuse" qui, en réalité était une grande fatigue, la psychiatrie n'était donc pas nécessaire... »

"Réflexions sur la psychiatrie à propos du film "Vol au-dessus d'un nid de coucou".

Il faut souhaiter que les traitements psychiatriques aient changé depuis la réalisation de ce film, car personne ne peut accepter ce qui a été présenté et démontré dans ce film, même si les suicides et les crimes sont rares pendant ou après les traitements de ce genre.

Pour le grand public les malades dits "mentaux" sont des foux inguérissables qu'il faut enfermer. Peu de gens se demandent : d'où vient la folie ?

En fait la folie est un dérèglement du système nerveux qui peut avoir les causes les plus diverses, ce qui rejette la psychanalyse, car même les troubles mentaux provenant du sexe doivent être soignés par des moyens chimiques ou physiques et, en premier lieu par la "femme" et non pas par des séances de psychanalyse coûteuses. C'est ce que ce film a omis de démontrer, car après sa "nuit d'amour" le bègue devait se trouver mieux, et ne pas se suicider. Ou alors une seule nuit ne suffit pas.

Les cures de sommeil par médicaments ne valent pas les cures de sommeil à la campagne ou au bord de la mer dans un pays chaud. Cela reviendrait plus cher qu'en hôpital ? Non car le séjour serait plus court.

Les psychiatres influencés par les rapports plus ou moins tendancieux oublient souvent de soigner par des vitamines, dont souvent pourtant l'alimentation courante manque.

Le mieux est d'éviter d'avoir affaire à la psychiatrie. Pour cela il faut veiller à sa santé. Dès les premiers signes de n'importe quelle maladie, aller voir un bon médecin, car beaucoup de maladies négligées peuvent conduire dans un hôpital psychiatrique.

Ce film a obtenu plusieurs prix et un film de ce genre aurait pu voir le jour en France. En effet en bavardant avec STEGMAR, le peintre que l'on connaît par le numéro 4 de notre revue, j'ai appris qu'il avait proposé une pièce de théâtre, qui aurait pu devenir un film, dont l'action se situe dans une clinique psychiatrique. Mais son manuscrit a été refusé.

Ce n'est pas le seul refus dont il fut victime, puisque le projet d'immeuble ci-contre (plan joint), déposé en 1958 a été également refusé. Cela n'a pas empêché que des immeubles suspendus ont été construits entre 1959 et 1977 en Allemagne, au Canada, en Hollande, au Mexique, en Autriche...

STEGMAR a fait des émissions sur France Culture entre 1967 et 1969 pour démontrer les erreurs de Freud, d'Einstein, des tests... etc. sans qu'un éditeur ou un réalisateur pense à lui ».

6. Pauline B... de Marseille

« Je ne savais pas quelle allure allait prendre MISE A PIED. Vous avez bien fait d'insister si cela peut aider par la suite à faire trouver des solutions raisonnables aux responsables. Ci-joint une lettre que j'ai adressé à M. Guillon ; cela ne résoud en rien mon problème : mais sans notre lot à tous ceux qui comme moi cherchent la délivrance dans la mort en Christ. La mort n'en finit pas et c'est cela que les docteurs ne veulent pas comprendre ou plutôt font semblant de ne pas comprendre. Il y en a trop à dire j'arrête. A quand l'Euthanasie pour qui veut ! suite après l'entracte.

Un livre qui pourrait s'écrire sans fin avec l'espérance d'une suite meilleure ; que tous ces massacres, je suis à bloc contre tout médicament j'en ai trop vu..."(2/5/81).

« Sur quelques sujets votre journal devient champion, avouez qu'il y a de quoi être méfiants. J'ai beaucoup trop à dire, dommage que Marseille soit trop loin de vous, mais peut-être parmi vos soins je trouverais un écrivain qui m'écoute de vive voix et vienne à Marseille... »

« A la suite de votre *recherche sur le droit au suicide* j'aimerais vous contacter, J'ai tellement à dire que quelques pages ne suffiraient pas. Mais comment dois-je m'y prendre pour vous voir ; car je suis à Marseille "où il se passe hélas aussi de bien drôle de choses". Je suis une ancienne malade avec tentatives au suicide mais l'idée du suicide est toujours dans ma tête bien que mon comportement depuis 10 ans soit redevenu normal. Je ne voudrai pas parlé que de moi j'en connais une bonne longueur sur le chapitre... sur des malades hospitalisés depuis des années. Cela tue mon esprit de savoir qu'elles ne peuvent pas sortir de l'enfer, faute d'argent car elles ne touchent que le petit pécule de 110 F à 150 F ; moi, j'ai un salaire d'handicapé vieillesse ; et je me demande toujours quel intérêt a l'état de nous maintenir en vie alors que l'on voit que l'on prépare les jeunes à se faire troué la peau dans une nouvelle guerre, quelle abération. Il est vrai que nous servons de cobaye "il ne faut pas perdre de vue" où sont les vrais fous ? Comme activité, je m'occupe un peu de tableaux et de poterie car dans ma jeunesse j'en vivais, étant donné que la photo n'avait pas pris l'élan que nous connaissons depuis 70. A part cela, je vais souvent dans la nature pour aider un cinéaste amateur qui s'occupe des insectes et fleurs sauvages pour le muséum "d'histoire naturelle de Marseille". La pollution élimine beaucoup d'espèce, surtout les papillons et les scarabés, en plus ils y en a qui en font un commerce effréné ; qui se

vende très chers puisqu'ils deviennent rares. Vous voyez le topo. Pauvres insectes jusque en sont dans la danse on peut dire : et Satan condui le bal. Comme il est chanté dans l'opéra de Faust et oui DIEU est bien toi sais la mort lente. Je n'ai pas eu dans ma vie l'instruction désirée mais je pense néanmoins savoir me faire comprendre sur les sujets qui me tiennent à cœur et être l'interprète des autres. (15/5/81).

(NDLR : MISE A PIED n° 14 a publié une demi page sur "le droit au suicide" le texte précédent est une réponse à notre appel. Il a été adressé à Claude GUILLON, Editions Alain Moreau, 5, rue Eginhard, 75004 Paris. Après "Ni vieux, ni maîtres", Claude Guillon prépare un livre sur "le droit au suicide" et demande à toute personne de lui envoyer un témoignage personnel, et mieux de la rencontrer).

7. J.-Pierre Colin de Bassens

« Je suis un ancien fou. J'ai vraiment déliré à un point incroyable mais j'ai fini par me guérir. Maintenant parfois me reviennent des souvenirs de mon enfance. C'était un enfer. Par exemple une fois nous jouions moi et mon frère, et pour je ne sais plus quelle bêtise, ma mère se mit à frapper mon frère. Je me souviens de l'avoir alors fortement envié et d'avoir fait semblant de craindre aussi une punition. Moi ma mère ne m'a jamais fait l'honneur de me considérer comme digne de recevoir l'expression de sa haine, de ses sentiments véritables.

Depuis j'ai longtemps cherché à me "sentir" avec les gens, et je me disais que j'avais besoin d'amour. En fait je m'aperçois maintenant que j'avais besoin aussi de haine claire, nette, franche et saine. Il n'y a pas d'insulte plus grande que de considérer que quelqu'un ne mérite même pas la haine.

Pour moi un fou a besoin d'authenticité pour se "sentir" avec les gens, pour se resituer dans le temps, dans la vie.

Et récemment j'ai rendu visite à une amie qui est internée. Les infirmiers là-bas sont résolument aseptisés, et font du gardiennage. Le message que l'on reçoit d'eux est un ignoble mensonge. Par la parole ils manifestent beaucoup d'intérêt pour vous, de la gentillesse, et ils prodiguent aux malades une dégouttante et mielleuse attention. Mais en fait ce que l'on ressent d'eux, c'est de la haine, donc un malaise. Comment s'y retrouver ? Le droit à la haine. Accordons au moins aux foux cette faveur ».

(J.P.C. La Ravoire 26.1.81)

RECIT

« Le tout premier rayon de soleil tomba dans l'eau lorsque la terre se mit à tourner sur elle-même. La nuit éternelle avait vécu son temps. L'événement se produisit donc un matin et ce fut le premier de la planète. Ceux qui par la suite ont cherché à comprendre ce phénomène se sont retrouvés comme au pied d'un mur infranchissable, car il faut se renier soi-même (son corps et son esprit) pour avoir l'intuition de la composition de l'univers dans le temps et dans l'espace. Donc l'impossible se produisit tout naturellement. Ce rayon de soleil était vraiment minuscule, tellement que personne n'aurait pu le voir. Mais il tomba dans l'air et fit un arc en ciel puis il tomba dans l'eau et embrasa la mer.

Pourtant le Fils du Soleil avait assisté à ce spectacle que son père lui avait promis. Il attendit que l'air et l'eau se réchauffent un peu et pris un bain délicieux. Il était tout nu et avait l'apparence d'un petit garçon de 14 ou 15 ans. Pour se sécher il se roulait dans les herbes chaudes et il se mit à chanter. Il était sur une petite plage comme faite à sa mesure et parfois même, tant sa joie était grande, il sautait et gesticulait sur le sable. Enfin, le premier jour était venu.

Le fils du Soleil gavait ses sens du cadeau merveilleux que lui faisait la terre. Il imprégnait sa bouche du jus délicieux des fruits sauvages, écoutait les mille petits bruits de la vie des forêts, l'air était pur et bon pour ses poumons. Surtout ce qui le ravissait le plus c'était toujours ces couleurs d'une diversité infinie, le bleu du ciel, les fleurs, les arbres.

(fin du paragraphe 1)

Lorsque ce tout premier rayon de soleil avait touché la mer, exactement au même instant le Temps cessa de suspendre son vol et la terre se mit à tourner autour du Soleil.

Le garçon perçut ce mouvement comme un appel. Une voix comme un vent du Sud lui disait qu'il avait à faire quelque chose. Mais il était bien jeune, aussi il commença par bâiller paresseusement et s'étendit de tout son long sur le sable. Les oiseaux gazouillaient dans les arbres, il s'endormit. (fin du paragraphe 2).

Ce tout premier jour dura dix années de notre temps actuel. Le petit garçon était maintenant un homme. La voix qu'il ressentait en lui le guidait vers la première nuit et c'était une nuit éternelle.

Une fille de la lune allait naître le fils du Soleil était très troublé par cette nuit qu'il sentait venir et se demandait si cela avait un sens. Certains jours il n'y pensait pas du tout et passait son temps à jouer avec les animaux, à cueillir de beaux fruits sur les arbres. Il chantait, il courait il se baignait dans la mer, il riait parfois tout seul, mais quand il sentait en lui cet appel mystérieux il n'arrivait plus à considérer son monde de la même façon.

Tout n'est donc pas bien ainsi ? Et d'où vient cet appel ? Bref, dans ces moments là il se posait toutes les questions qu'un cerveau d'homme peut contenir. La principale était celle-ci : pourquoi donner tout cela à un homme pour le lui reprendre ensuite ? Et le temps passait, et l'homme était de plus en plus nerveux. Il faisait connaissance avec l'angoisse,

Il ne savait pas ce qui allait se passer, sauf que bientôt la nuit éternelle reviendrait et que cette fois-ci il lui faudrait la vaincre seul. Et le crépuscule allait venir.

(fin du paragraphe 3)

Plus le temps passait et plus sa rage et son désespoir augmentaient. Il en vint à jeter des cailloux contre des rochers pour les faire éclater et c'est ainsi que le fils du Soleil inventa le feu. De ce fait il devint un homme. Il prit dans sa main les cailloux les plus durs qu'il put trouver et essaya de recréer volontairement une étincelle avec de la pierre. Bientôt, il sut recréer la chaleur du feu céleste. Son cœur se gonfla de joie et de fierté car dès lors la nuit à venir ne lui faisait plus peur, il aurait chaleur et lumière pour soutenir sa présence.

(fin du paragraphe 4)

Le soleil se couchait majestueusement et l'homme se sentait minuscule devant un pareil spectacle ? Il regardait de tous ses yeux, ressentait de tout son être cette lumière qui allait partir peut être pour toujours. (fin du paragraphe 5)

Il y avait un ruisseau clair et enfantin qui attendait depuis toujours un rayon de lune. Or, en même temps que le soleil disparaissait, la Lune, elle se montrait. Les océans eux-mêmes sentaient sa présence et s'agitaient. Mais le tout premier rayon de lune tomba dans ce ruisseau si joli, et la fille de la Lune sut que quelque chose d'inaccoutumé se produisait. Elle ignorait tout du Soleil, mais curieusement elle avait une confiance illimitée envers sa mère la Lune. Quelque chose de délicieux et d'inespéré allait peut être se produire.

(fin du chapitre II, paragraphe 1)

la suite à plus tard. J.P.C. (fin du texte reçu)

"Pom, Pom, Pom un fou parle aux autres fous. Seulement pour vous dire que souvent dans vos combats (imaginaires pour les autres mais bien réels pour vous) vous êtes de véritables héros. Moi même j'ai dû pour exister engager un combat contre l'humanité toute entière et, pour moi c'était vrai. Ne vous laissez pas voler vos délires, vos combats ».

(J.P.C. Bassens, Esquirol, 5.5.81)

8. Georges Rossin de Paris

« ... Mon expérience personnelle m'a hélas prouvé depuis longtemps que la Médecine est en gros et en général une histoire de Gangsters... sous une forme très légale et à plus forte raison les méthodes et traitements psychiatriques. Ce n'est certes pas par plaisir ou pour me défouler que je dénonce ces méthodes, ces systèmes basés surtout sur l'intérêt, sur l'argent, pour conserver et défendre des privilèges, même si les masses et ce pauvre peuple d'innocents en subissent les conséquences terriblement dangereuses pour leur santé, leur avenir... Il suffit de voir autour de soi ce qui se passe, d'y réfléchir sans parti-pris, avec un peu de bon sens et un peu d'amour vis-à-vis de soi-même et de tous ceux qu'on trompe sous prétexte de bien-être, au nom de la science ! que l'on met à toutes les sauces et pas seulement par la destruction de la santé (physique et morale) et aussi la politique où pour gouverner, pour garder le pouvoir toutes les armes sont utilisées — et la médecine, la psychiatrie et autres, y jouent un grand rôle — qu'il faut dénoncer car tout cela est un immense danger (le fascisme, le terrorisme n'ont pas qu'un seul visage) - on ne peut pas lutter efficacement contre eux si on ne va pas au fond du problème et l'essentiel ce n'est pas seulement ces problèmes qu'il faut voir, dénoncer, mais aussi et surtout d'y trouver des solutions, des remèdes - car c'est tout l'avenir des peuples qui en dépend... ou bien on va fermer les yeux, tolérer ce qui se passe, aller de dégénérescence en folie in : individuelle et finalement collective, chemin qui pour un observateur est visible à l'œil nu... ou on va renverser la vapeur dans l'intérêt de tous, revenir à une vie normale, pour cela il faut reconnaître et admettre qu'il faut tout remettre en question c'est sûr.

Et bien, l'alimentation saine, biologique, dégagée des produits nuisibles, chimiques, c'est-à-dire une alimentation qui doit être et redevenir normale, naturelle - sinon on tourne en rond - seule façon efficace pour éviter toutes les drogues ou s'en guérir si on est contaminé, et hélas on l'est à peu près tous (par les médicaments, les vaccins, etc. récents ou anciens...) tout cela tôt ou tard, on le paie très cher, il faut si on veut être efficace arrêter ce massacre, et si on veut réellement rendre service à cette société et prendre nous-mêmes nos responsabilités — dénoncer sans trêve cette agriculture chimique, la destruction systématique de la nature, le déboisement, la pollution des cours d'eau, des fleuves de la mer - tout cela directement ou non nous mène à la folie, à la perte de conscience, aux atrocités, à la guerre, et bien sûr à la drogue sous toutes ses formes (alcool, tabac compris) - où l'on cherche l'oubli des réalités - cela s'explique, se comprend - mais où cela nous mène-t-il ?

Il nous faut d'urgence revoir sincèrement la vérité, la réalité si on veut survivre... le mieux serait d'unir nos efforts avec d'autres associations dans une même revue, pour éviter la dispersion et les rendre viable financièrement, aurez-vous cette sagesse ? Mes amitiés.

9. Philippe Martinoïa

« Je ne suis pas un psychologue, mais j'ai en moi un besoin de comprendre ceux qui socialement sont refoulés, les homos, les drogués ne me sont pas indifférents. Lors d'un échange de communication, je tente de partager leurs angoisses, même leurs espoirs. Une grande partie des détenus agissent pendant le délit frénésiquement, une cause première est parfois le besoin d'amour. Je ne doute pas que le manque affectif apporte une multitude de complexes qui sont manifestés par des délits... ou selon la personne, ce besoin se traduit par un suicide. Cela dit mettre une fin définitive à ses jours n'est certes pas une solution idéale, mais au fin fond du problème, quelle est la solution efficace ?

Durant ma jeunesse, j'ai parfois dialogué avec des psychiatres, psychologiquement, je ne vais pas épiloguer sur ce sujet, mais je tiens tout de même à préciser que ces gens me rendent indifférents, qu'ils se traduisent chez moi par une manifestation de critiques - en effet prescrire des neuroleptiques à tout vent à un malade psychologique n'est pas approfondir le handicap - je caractérise le mot malade, mais l'usage n'est pas péjoratif, une personne malade ressent au fond d'elle-même un déséquilibre psychologique, trouble dans la manière de se conduire, dans l'état d'esprit aussi - prescrire toutes ces petites pillules qui ont soi-disant un effet sédatif sur le système nerveux (NDLR : le soi-disant est de trop) au diable ces méthodes barbares !

Je vais citer un exemple, très bref, beaucoup de détenus ne peuvent pas faire face à l'internement proprement dit, et prenant conscience de ce refus de réalité, ils s'empressent devant le psychiatre qui pour résoudre ce malaise de la claustrophobie, leur indique des psycholeptiques, dans le but de chasser les malaises, les chagrins, à travers ces neuroleptiques ayant une action modératrice ou calmante sur les fonctions psychiques...

10. Claude J... de Paris

« ...entendu à l'émission de France Inter (José Arthur) qu'un centre de psychothérapie (hôpital de jour) allait ouvrir dans les trois mois à Rueil-Malmaison (directeur Daniel André) qui oublie de parler des médicaments !

Quant à moi, on ne me parle jamais de relaxation, hélas ! car cela je pense que c'est bénéfique. Les médecins semblent refuser d'admettre que les conditions de vie jouent un grand rôle dans le comportement des gens.

Le bruit extérieur et de voisinage, je dois supporter la pauteur de la brasserie, dès le matin c'est l'odeur du café qui me réveille. D'autre part, attendre deux heures dans la salle d'attente du toubib et n'avoir une consultation que de 10 minutes à peine, n'est-ce pas se moquer du monde ?

Je cherche toujours à savoir ce que l'on me veut (et personne de la mairie ne vient me voir ?)

Ne croyez-vous pas que la psychiatrie est un bon moyen pour faire un tri parmi la population ?

11. Maurice Dumoulin de Lyon

Nous avons reçu une correspondance nombreuse et variée de M.D. depuis le dernier numéro. Nous en citons deux textes.

« Vous vous rendez à l'assemblée de VOTRE MUTUELLE suite à une convocation. Vous y prenez la parole dès que possible. Quand on parle d'augmenter le nombre de lits d'hôpitaux, vous dites que vous trouvez anormal de vous faire arrêter par la police, conduire à l'hôpital psychiatrique et y rester 3 mois sans pouvoir sortir. La loi de 1838 est une loi répressive de la bourgeoisie et nous lui disons non. La réponse du président de séance, je pense, signifie alors que les choses sont telles qu'elles sont et il passe au prochain ordre du jour.

En somme, comme commentaire personnel : Vive la loi Peyrefitte ! Plus on est de fous, plus on rit !

Après une deuxième intervention sur un autre sujet, on passe à un problème sur les enfants, mais vous vous levez vite car vous ressentez des décharges ou irradiations, et vous n'avez pas envie de vous retrouver dans une ambulance.

Vous sortez, vous téléphonez à une coopérative biologique devant le bâtiment et après avoir reçu le renseignement désiré, vous repérez votre mobylette pour rentrer chez vous. Sur votre chemin, vous croisez une voiture de police.

Vous vous arrêtez vers une cabine téléphonique, vous constatez que vous n'avez plus votre porte-monnaie.

Alors on a inventé le rayon qu'on braque sur le cerveau pour vous faire oublier votre porte-monnaie. C'est le troisième petit porte-monnaie qui disparaît ainsi. Vous retournez sur le lieu de la disparition, la cabine téléphonique...le porte-monnaie n'y est plus. Et vous n'avez plus d'essence dans votre mobylette. Il faut pédaler pour rentrer chez vous. Vous avez bien gagné votre journée. Veux-t-on vous enlever vos petits sous pour faire de vous un policier ? »

"LE BENZOPYRENE, LA CIGARETTE ET L'ARBRE"

« La notice explicative sur le disque : "Libérez-vous du tabac" de l'association "Vie et Action" cite : « La fumée de tabac contient du benzopyrène cancérigène, furfural 50 fois plus toxique que l'alcool, polonium radioactif, oxyde de carbone qui empêche le sang de transporter l'oxygène, etc. Les nazis l'ont utilisé dans les chambres à gaz. »

Vous rentrez à l'asile psychiatrique sans savoir ce qui vous y attend. On vous y endort par les drogues. Le 14 juillet on vous annonce que vous recevrez un paquet de gauloises longues et un paquet de françaises. C'est un cadeau du président de la république, vous dit-on !

C'était à Stéphansheld en 1970. Comme vous résistez encore en essayant de n'en fumer que quelques-unes par jour, les calmants ont vite fait de vous envahir et vous acceptez les cigarettes de l'ergothérapie au bout d'un mois de présence.

Mais à l'asile, on vous condamne au célibat. Chambres isolées, interdiction d'en sortir, surveillance nocturne, donc en somme on vous supprime votre arbre généalogique. Quant après d'autres internements vous vous y retrouvez en 1980, vous y apprenez l'albanais parce que le séjour en Albanie vous a plu - quinze jours de libre par an vous constatez que votre briquet ne marche plus comme si on avait inventé un rayon pour qu'il ne marche plus. Vous le changez, en achetez un autre. Pouf, vous ouvrez un livre d'albanais et il ne marche plus.

Alors vous utilisez la boîte d'allumettes interdite à l'asile. Mais l'allumette c'est du bois, donc de l'arbre. On coupe l'arbre indéfiniment, arbre de la famille, arbre de la forêt, arbre de la santé.

Ce n'est plus la peine de fêter la libération des camps par l'armée soviétique ou l'armée américaine, la bourgeoisie a conçu le moyen radical de vous ruiner la santé en vous faisant arrêter par la police, en vous internant et en vous endormant par une piqure pour que vous réagissiez pas contre le désir de la tentation du tabac.

A l'asile, on n'a pas le droit à une recherche personnelle de ses objectifs de santé, de ses moyens. On vous pique alors que vous faites un régime alimentaire pour ne plus fumer. On n'y donne pas droit à l'arbre généalogique »

REMARQUE SUR LA PUBLICATION DES TEXTES DE PSYCHIATRISÉS (ou de non psychiatisés)

Mise à Pied a pour première raison de sa parution la publication de textes de psychiatisés.

A la réception d'un texte à publier, d'une information ou correspondance, nous nous permettons de nous poser la question : cela a-t-il un intérêt pour nos lecteurs, faut-il en publier la totalité ou une partie, quels renseignements trop indiscrets faut-il supprimer et si nous publions tout, quel en est le prix ? (La page revenant en gros à 250 F.)

Nous n'avons jamais hésité à publier intégralement tout texte dont l'intérêt était certain ou qui avait valeur de témoignage (cela se sent). Par contre, des textes dont la forme était par trop illisible, ou outrés, en même temps que ne nous apportant aucun élément valable dans la critique de la psychiatrie, sont restés non publiés malgré la demande implicite ou directe de nos correspondants.

Nous pouvons citer ici des noms, déjà dans le public, comme Frank Zdenek, Roland Soissons, Albert Chabrand, Louis Gence, tous destinataires de MAP. Ce ne sont pas leur cas ou leur personne qui sont en cause, mais bien la relation de leurs nombreux écrits avec le journal. Nous dire que la justice est pourrie, cela nous le savons, et nous préférons que leurs textes paraissent dans des feuilles critiquant spécialement la justice.

LAS CARBONERAS

Après Ruinoguès, immense platane, branches accueillantes, une route de pierre traversée par quelques ruisseaux, genêts en fleurs au parfum de noix de coco, chênes lièges, pas trace de champignons, deux chiens nous accompagnent.

Carboneras, les traces de feu dans la montagne sont bien là pour en témoigner, l'été doit être brûlant - une ferme solide, grandes portes, cour close protégée des renards, peut être des sangliers...

Paulo est parti en vélomoteur garder les chèvres, Nando va partir sitôt le petit Maël réveillé, Laurent sort en haut de l'escalier de pierre : "Je suis Laurent, j'ai 16 ans, je vais vous montrer Carbo, et toi tu as quel âge, tu peux coucher ici ce soir".

Christine tricote : "Attention, Laurent ne réveille pas le bébé". D'accord pour le thé. Téléphone.

Grandes eaux vers la salle de bains. "Comment on arrête la machine à laver?". Appuie sur le bouton...". Serpillière, éponges. "Quatre machines par jour. Elles lâchent toutes. Machine industrielle ? Oui mais : le fric.. Ah non, elle n'est pas en panne, un gosse s'est amusé, la vidange est débranchée".

"Alors ce thé ?" Téléphone pour Lando : il faudra faire un devis.

Nando : artisan ferronnier. Grilles pour des bourgeois, comme ceux qui achèteront Carbo 80 millions à la fin du bail, si le proprio ne veut pas le renouveler. Marre des grilles, de la serrurerie : "On va faire des éoliennes et des récupérateurs de chaleur, comme celui-là". (dans la cheminée, le coq à côté de la cheminée. Maël a reconnu le "coq", déplumé il sort du congélateur).

"Et le thé ?". Téléphone.

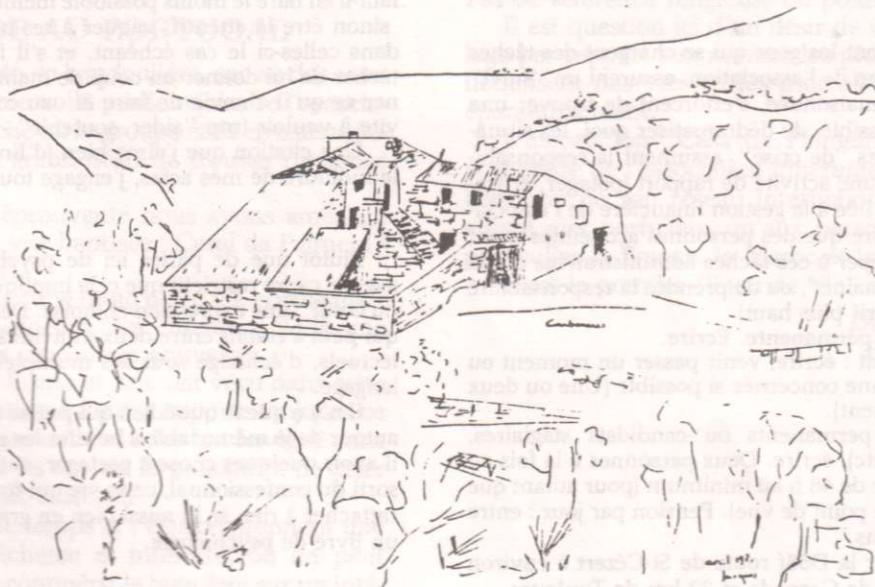
Jean Phi regarde les trains. Thierry l'horizon bas, attend le cinéma pour après-demain. Laurent insiste pour que nous restions coucher "Quel âge as-tu ?" Laurent : déclaration d'amour.

"Deux enfants habitent en permanence ici avec nous (la communauté de cinq adultes et Maël) et trois viennent en vacances depuis plusieurs années. Carbo cela fait 10 ans que cela existe, et cinq ans que nous faisons de l'accueil. Lieu de vie ? Non. Nous n'avons pas l'exclusivité de la vie ; la vie peut être ailleurs. Lieu où l'on est, où l'on peut recevoir. Nous sommes terre à terre, nous ne voulons pas théoriser. Nous ne vivons ni par, ni pour l'accueil, nous pouvons vivre sans, nous faisons de l'accueil parce que nous ne voulons pas laisser de côtés certaines marginalités, des "encore plus marginaux que nous". On arrêterait bien l'accueil, quelques mois pour faire le point, mais c'est difficile avec la demande qu'il y a, et vu nos engagements..."

Sans l'accueil, la vie continuerait : chevaux (il y a celui qui pâture chez la voisine à procès), les chèvres, la forge, les cochons pour la ferme et pour vendre, le verrat pour la saillie, les poules, oies, dindes dans la cour : la cour, un grand rocher.

"Laurent et Thierry, vous voulez pas porter à boire et à manger à la truie ?" celle qui a mis bas il y a 8 ou 15 jours dans un fourré à 200 mètres, là : elle a fait son nid.

Laurent roupète. Thierry vient de loin, mais il ne sait plus d'où. Jean-Phi joue avec l'eau dans la cuisine, l'odeur de lait caillé, dans la pièce à vivre un immense poêle à bois, de la peinture rose, de la peinture dorée, de la vie partout, et jetées là sur le papier à chaque quelques impressions de voyage.



Texte et dessin de J.B.

CONFIST

Recherche et Réalisation Humaine
Confist (a.s.b.l. 1901 fédérée au C.R.A.)
Launac
31330 Grenade
Mai 81

"Confist" est un lieu d'accueil s'adressant à des enfants, des adolescents ou des adultes en prises à diverses difficultés existentielles.

Sa (re) mise en route (deux années d'activité dans la région de St Gaudens) est récente, le nombre de permanents et l'accueil y sont pour le moment réduits, les activités qui s'y déroulent également (aménagement des locaux, potager, jardin d'agrément, artisanat du cuir, dessin, musique).

Aménagement dans le temps :

- installation dans d'autres locaux à prévoir d'ici la fin de l'année ; location ou achat si l'association et ses membres disposent de fonds nécessaires d'une grande ferme avec environ trois ha autour, aux environs de Toulouse ; mode d'habitat susceptible de favoriser une vie assez communautaire (locaux collectifs, logements individuels sous le même toit ou proches les uns des autres) ;

- accueil de cinq à six personnes (P.J. négocié directement avec les DDASS, les institutions ou les intéressés eux-mêmes, ou éventuellement formule de conventionnement), possibilité de séjour à long terme à envisager pour certaines d'entre elles ;

équipe de permanents en nombre sensiblement égal, employés au pair ;

- cette équipe de permanents s'efforce de mettre en place une structure de production artisanale ou (et) agricole qui permettra aux personnes accueillies ne travaillant pas à l'extérieur ou n'étant ni scolarisées ni en formation professionnelle et qui s'impliqueraient dans ces activités (sur des critères de bonne volonté plutôt que de rendement, sans exclure celui-ci tout à fait autant), de percevoir un revenu du même ordre que celui des permanents. Des travaux saisonniers à l'extérieur sont également envisagés.

— N.B. - Les permanents sont les gens qui se chargent des tâches administratives et de gestion de l'association, assurent un "suivi" du fonctionnement de la maisonnée. s'efforcent de trouver une solution, en douceur si possible, de dédramatiser quoi, les situations tendues, conflictuelles "de crise", assument la responsabilité ou co-responsabilité d'une activité de rapport (potager, artisanat, ou autre) directement liée à la gestion financière de l'association (ce qui ne veut pas dire que des personnes accueillies n'ont pas la possibilité de participer à ces tâches administratives ou de gestion matérielle ou "humaine", ou de prendre la responsabilité d'une activité du type décrit plus haut).

Nous recherchons une permanente. Ecrire.

Demandes de placement : écrire, venir passer un moment ou un peu plus avec la personne concernée si possible (Une ou deux personnes à la fois seulement).

Visiteurs : (candidats permanents ou candidats stagiaires, rédacteurs de mémoires, etc), écrire. Deux personnes à la fois au maximum, pour une durée de 48 h au minimum (pour autant que cela se passe bien de notre point de vue). Pension par jour : entre 20 et 80 F selon les revenus.

"Confist" se trouve sur la D58f route de St-Cézert à environ 2 km de Launac, à 12 km de Grenade et 32 km de Toulouse.

A l'origine de ce projet de lieu d'accueil, de "foyer" nous disposons au Confist de belles cheminées, la réalisation de ce qu'il n'y a pas de "cas sociaux" ou de "maladie mentale" à proprement parler — nous sommes tous plus ou moins malades, c'est-à-dire plus ou moins gens "à problèmes" dont nous sommes plus ou moins conscients, apparents de notre comportement et plus ou moins contrôlés, gérés par notre petit ordinateur central, plus ou moins capable de faire ceci ou cela, plus ou moins insatisfaits et agressifs, souvent toximanes de quelque chose (café, tabac, etc.), plus ou moins bouculés, déséquilibrés par le contexte socio-culturel et économique du moment ; qu'il y a plusieurs manières d'entrer en relation avec l'autre qui est carrément différent (celui qui ne parle pas du tout, ou qui tient des propos apparemment incohérents, ou encore qui a tendance à se promener à poil par exemple - quoique nous aussi, dans un recoin de notre tête, on aurait peut être certaines envies parfois d'en faire autant - ou qui passe par une période difficile, plus ou moins longue ; que cet autre là (tout comme nous mêmes, "permanents"...) se trouvait souvent mieux et ceci en prenant beaucoup moins, ou même plus du tout de médicaments psychiatriques, (de drogues diront-nous...), au sein d'un petit groupe de personnes relativement peu structuré dans lequel les relations qui s'établissent se font plus en termes de personnes, toi, moi, ensemble dans cette maison, comment on fait pour se marcher sur les pieds l'un de l'autre le moins possible, pour essayer d'aménager entre nous une relative harmonie, plutôt qu'en terme d'une relation soignant/soigné d'autant que les relations se font toujours à double sens, que l'autre m'aide, qu'il s'en rende compte ou non, à me remettre en question ; à réviser mes paroles, mes attitudes, mes préjugés, ma politique, que s'ils se sentent mieux, je me sens mieux moi aussi, qu'il n'y a pour cela pas grand chose à faire - peut être faut-il en faire le moins possible même d'un certain point de vue - sinon être là attentif, vaquer à ses occupations, intégrer l'autre dans celles-ci le cas échéant, et s'il fait mine de s'y intéresser, tâcher de lui donner un coup de main, s'il le demande, pour cerner ce qu'il a envie de faire et - au compte-gouttes on infantilise vite à vouloir trop "aider, soutenir" - pour réaliser son projet.

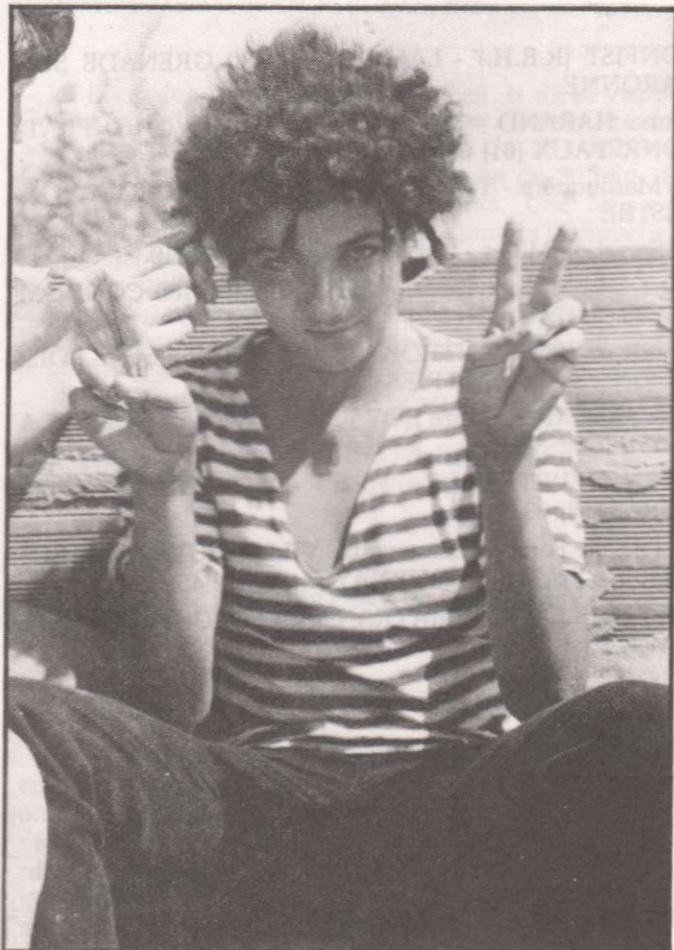
Une citation que j'aime bien (d'Emmanuel Mounier) : « Dans le moindre de mes actes, j'engage toute l'humanité ». Waouh !

Bernard Labaume

Plutôt que de parler ici de psychiatrie ou d'antipsychiatrie avec le cadre restrictif que cela implique, je veux parler des "yeux du cœur" une expression chinoise. De cette possibilité d'attention qui peut s'établir entre deux individus au-delà des concepts intellectuels, d'échange sous ses multiples aspects non seulement le langage.

Il n'y a que le quotidien qui puisse alimenter cet échange, assis autour de la même table à bouffer les mêmes patates. Encore faut-il avoir quelques chose à partager, autre que des bons sentiments sorti du confessionnal, cette vie qui fout le camp de ne pouvoir se rattacher à rien se lit aussi bien en graffitis sur les murs que dans un livre de psychologie.

C.B.
Mai 81



"ICI ET LÀ" AU PORTUGAL

CASA DA PALMEIRA

Association socio-culturelle à but non lucratif

La maison du palmier, bien illustrée par cet arbre dont les branches partent dans toutes les directions ouvre ses portes dans une ancienne étable immense, entièrement aménagée par nos soins.

Des activités d'éveil et de connaissance émergent là, à partir d'une animation et d'un accueil.

Pour l'instant, ateliers de photographie et d'audiovisuel, yoga, langues vivantes (français, portugais, arabe dialectal), mais aussi le jardin, l'artisanat, la basse-cour, etc.

L'accueil est ouvert à tous, avec cependant une priorité pour des enfants connaissant un handicap relationnel.

La simple cordialité des gens de cette région peuplée de pêcheurs et de paysans, est un baume pour les cœurs meurtris.

La maison est située à quelques mètres de l'océan, au bout de la presqu'île de Péniche, un site exceptionnel favorisant la découverte du milieu marin ; voile, pêche, plages et falaises.

Là s'invente une vie de manière communautaire souple. Une douzaine de personnes, moitié enfants, moitié adultes. Pas de référence religieuse ou politique.

Il est question ici d'un désir de vie "alternatif" en décalage par rapport aux normes les plus courantes, qui institutionnalisent nos vies en les morcelant, nuisant ainsi à leur épanouissement.

L'association "Casa da Palmeira", sœur sédentaire et portugaise de l'association itinérante française "ICI ET LÀ" bénéficie de son réseau international. Elle s'adresse donc autant aux portugais, qu'aux personnes d'autres pays, en particulier la France, le Maroc et la Catalogne.

C'est le premier "Lieu de Vie" au Portugal.

Dominique Labaume
Péniche, 20 sept. 81

UNE BALADE AU PORTUGAL

Août 81 : Appareil photo en bandoulière, sac au dos rempli de désirs de partages, me voilà partie rejoindre l'association : "ICI ET LÀ" à Péniche où le groupe était en stationnement au camping avec le grand désir de trouver quelques murs à investir.

Après une recherche éprouvante nous avons aménagé dans une étable inutilisée, vite baptisée "Casal da Palmera" (son palmier face à la mer).

Les travaux n'ont pas occupé toute notre vie portugaise ; Péniche, son port, ses pêcheurs, ses enfants... Voilà une belle plate-forme pour des rencontres nouvelles.

Malika, Jean-François, Bruno et Eric ont vécu dans cette ville envoûtante où la relation à l'autre apporte toujours ce petit quelque chose enrichissant. Ces ados ont navigué dans des horizons différents où ils ont eu la possibilité de crier leur en-dedans trop souvent baillonné.

Une éclipse de vie où le temps et l'espace prennent une dimension nouvelle en richesse et intensité, où on peut approcher et pourquoi pas conquérir le bien être sur un intérieur tourmenté.

VERO

LES LIEUX DE VIE FÉDÉRÉS AU C.R.A.

Baudile et Monique CAUSSE (ARPEA) "LE CORRY" FER-
RAN - 11240 BELVEZE DU RAZES (68) 69.03.75

Claude et Marie SIGALA - LE CORAL - 30470 AIMAR-
GUES - (66) 88.00.12

Paulo, Nando et Christine - MAS LAS CARBONERAS
-66480 LE PERTHUS (68) 83.01.55

Chantal MATHIEU - LA SEOLANE DU PETIT MEDOC -
Sevres Anxaumont - 86800 ST JULIEN L'ARS

"ICI ET LÀ" - D. LABAUME - 2, rue de l'Eglise - MAS GRE-
NIER - 82600 VERDUN SUR GARONNE (63) 02.53.03

"ATELIER DE JOUR" - Rue des Ecoles - 66180 CORBERE
-(68) 84.00.42

Mireille et François - MAS GALON - 30440 SUMENE

"MOUVANCES" - BAZI 31310 MONTBRUN-BOCAGE
(61) 90.48.97

Nicole GARCIA - 2, rue Neuve - ST BAUZILLE DE
PUTOIS. 34190 GANGES

Gérard FARCIS - LES GRAS DE CHASSAGNE - 07140 LES
VANS

Martine BRUNO - BLANQUE - BETCHAT - 09160 PRAT-
BONREPAUX - (61) 66.40.99

CONFIST (R.R.H.) - LAUNAC - 31330 GRENADE SUR
GARONNE

Bruno HARAND - BELLOC - PETCHAT - 09160 PRAT-
BONREPAUX (61) 66.40.99

La Marouquère - TOURTOUSE - 09230 STE CROIX VOL-
VESTRE

Le Sarrat-de-Milles - 09420 RIMONT (61) 66.19.93

Anne DELMAS et Pascal - BLAZIERT - 32100 CONDOM
(62) 28.32.17

Claude et Wanda ANTROPIUS - 1, rue Pié-Rouquet - BOIS-
SERON - 34160 CASTRIES

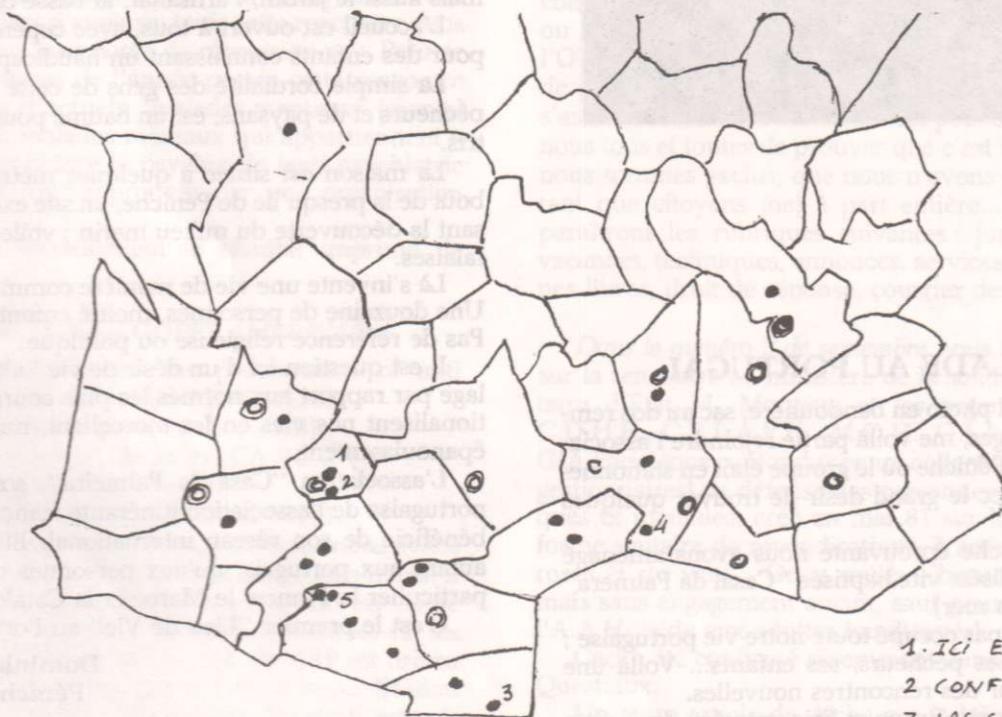
Georges et Marie-Laure ROY - "FOULGARAS" - 09240 LA
BASTIDE-de-SEROU

Michel DEWITTE - "La Forêt" - MONTETON - 47120
DURAS (58) 93.60.75

M. PRETI - Forêt de Bonnevaux - VILLENEUVE de MARC -
38440 ST JEAN DE BOURNAY (74) 58.72.45

J. et P. ROLLAND - "MAYRAN" - LA FORCE - 11270 FAN-
JEUX

Mise à jour le 10/6/81



Carte montrant l'implantation des "Lieux de Vie" dans la France sud.
Les ronds noirs et pleins sont ceux de liste ici citée. Les ronds noirs et
blancs ont été cités (en plus) dans MISE A PIED n° 13. Nous vous
envoyons ces deux listes sur demande.

Le C.R.A. (Collectif Réseau Alternatif) a publié plusieurs livres et parti-
cipé à des conférences-débats.

- "La Peste gagne le grand Psy"
- "Images Coralines"
- "Visiblement, je vous aime"
- Un livre en préparation. Ecrire au Coral ou à Martine BRUNO a
BETCHAT.

LA PSYCHIATRIE, LA SOCIO-POLITIQUE ET LA LEGISLATION

I. REMUE-MENAGE EN PSYCHIATRIE

A l'occasion de son passage à Rouen, et de sa visite au Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray, le ministre de la Santé Jack Ralite a, selon Le Monde du 13 octobre 81, "annoncé l'abrogation prochaine de la loi du 30 juin 1838 relative aux procédures d'internements. Une loi, a-t-il ajouté, qui empeste depuis de longues années l'approche de la pratique de la psychiatrie". Le Monde continue en précisant que mille trois cent psychiatres des hôpitaux publics adhérent au syndicat des psychiatres des hôpitaux avaient "constaté une inadéquation entre la loi du 30 juin 1838 et le nouvel espace thérapeutique que représente le secteur.

Le syndicat de la psychiatrie a, par ailleurs, tenu ses assises à Paris au début d'octobre 81, et deux points à l'ordre du jour étaient : la suppression des hôpitaux psychiatriques, et les libertés dans le système psychiatrique.

II. LE SYSTEME PSYCHIATRIQUE EVOLUTIF ET FIDELE A LUI-MEME

Le système psychiatrique est fermé sur lui-même, secret, emploi des mots volontairement ésotériques dont certains ont passé dans le langage courant (schizo, parano, dépressif...) vit sur des territoires où nul n'est admis librement, expertise sans recours possible, reçoit des gens que nul ne veut plus pour bizarrerie, invivabilité, inconséquence, frasques et gestes anormalisés. La psychiatrie garde en sécurité, calme et assomme, pour un temps, ou pour longtemps. Elle est rentrée dans les mœurs. Elle vit de plus en plus et de mieux en mieux de la misère de notre genre de vie. S'étant offerte depuis presque deux cent ans comme une philanthropie, puis comme une science et maintenant comme un amortisseur social tout terrain (retardés, débiles, autistes, pervers, alcooliques, "drogués", agités, délirants, dépressifs...). Les conditions de son exercice ont totalement changé depuis 1838 date de la fameuse loi, augmentée d'additifs et décrets et de circulaires en nombre impressionnant.

La loi de 1838 intéressait 10 000 personnes, les "maisons de santé" privées en avaient quelques milliers, quelques dizaines de "psychiatres" exerçaient. En 1900 ces chiffres ont sextuplé, en 1939 ils ont plus que décuplé. Pendant ce long espace de temps toutes les questions ont été posées à la psychiatrie ; arbitraire ou illégalité des internements, conditions de séjour, abus et dangers des traitements et des expériences, inefficacité des contrôles administratifs et judiciaires, privation de chacune des libertés personnelles une par une, et elles sont longues, violation du secret médical, copinage constant des trois autorités police-justice-psychiatrie, silence des procureurs, des préfets, des ministres, des chefs d'état, à l'appel par milliers à la justice, exactions de toutes sortes contre les internés (divorce forcé, suppression de parentalité, privation de droits civiques, refus de visite ou d'avocat, détournement de biens...). Les annales judiciaires qui sont le minimum du minimum en matière de torts subis sont très claires sur l'ensemble de ces points.

Or, malgré les nombreuses commissions et projets d'origine parlementaire relatives à la psychiatrie, aucune n'a jusqu'ici abouti à une approbation gouvernementale. Le dernier en date est la proposition de loi n°531 de Henri Cailavet, sénateur du 1^{er} juillet 1978. Or, si nous avons forte-

ment combattu ce projet, nous avons également dit que nous combattrions de la même manière tout projet ou proposition de loi qui n'assurerait pas aux "psychiatisés" l'ensemble de leurs libertés personnelles devant les psychiatres, les policiers, les juges et toute personne alléguant d'une quelconque autorité sur notre territoire.

Si la loi de 1838 est restée jusqu'ici, c'est d'abord parce que la justice aussi légère, insouciant, inexacte et aveugle à la condition réelle des psychiatisés qu'elle soit, a gardé un droit de regard important sur le contrôle des libertés de la totalité des internés. Son combat contre la pression médicale faillit réussir en 1838 (et il aurait fallu alors "interdire" quelqu'un avant de l'interner et donc passer devant le juge avant de prendre une quelconque mesure répressive). Cette lutte d'influence qui n'exclut pas du tout les accords de gré à gré juge-psychiatre, a continué jusqu'en 1940, puis à partir de 1945 s'est effrité par l'abaissement général de son autorité au profit des groupes techniques dans un pays où le profit capitaliste et donc le contrôle des populations a été érigé en loi.

Les lois de Pétain et du plan Monnet adoptent, sous le prétexte d'assistance les premiers contrôles généralisés et donc la mise à l'écart de l'enfance et des mineurs. Les centaines de milliers d'enfants en ghetto viennent de là.

La psychiatrie éclate en "gauche" et droite, la première lance l'animation, les services libres et sort de son domaine purement asilaire. La thérapie "révolutionnaire" est là pour soutenir cette expansion souriante.

A partir de 1955, voici la "révolution" du Largactil qui premier neuroleptique permet de calmer et de rendre silencieux l'ensemble des internés quelles qu'en soient les conséquences. Mais pour le "corps soignant", s'il ne délivre pas plus de certificats de guérison qu'avant, il peut se dispenser de prendre des mesures légales d'internement (placement d'office ou placement volontaire) puisque aussi bien la piqure systématique remplace les barreaux, portes et papiers d'internement répressif. A la rigueur, la menace et le passage à l'électrochoc qui nous vient des psychiatres réactionnaires est employé indifféremment par tous.

La circulaire instaurant le secteur psychiatrique (1960) officialisée seulement avec la loi hospitalière de 1970 vient de la gauche toujours philanthropique (comme Pinel). En effet, surveillance (fichage et flicage) plus neuroleptique (ils se sont accrus et se sont adjoints les tranquillisants et les anti-dépresseurs) permet de tenir en main une population largement plus importante de psychiatisés que l'on peut à tout moment faire repasser par le joug obligatoire de l'asile. Les détails de cette loi et du secteur que nous vous évitons triplent les revenus et le nombre des psychiatres et assurent un démarrage effarant de cette spécialité.

La non publication des chiffres exacts de l'activité psychiatrique, le non-contrôle des asiles et des secteurs, la liberté totale d'expérimentation et de TOUS les traitements sur les psychiatisés assurent pour une part l'extension incroyable des revenus, des avantages et de l'emprise des psychiatres. Les laboratoires travaillent à plein sur tous les produits. On ne juge rien, on ne décide rien sans le psychiatre.

En effet, dès 1960 le rendement économique poussé intégré à la sphère des multinationales oblige à la sélection de plus en plus affinée de toutes les tranches de la population. Alors qu'en 1838 quelques centaines de milliers de "troubés mentaux" pouvaient rester dans leur coin et s'occuper à la campagne, la mécanisation agricole, la paupérisation de tous les petits agriculteurs interdit dorénavant tous les traine-savates non rentables. La spécialisation industrielle tournante, le rejet inconscient du gadget déshumanisant, le vide absolu des buts actuels de notre société fait apparaître

délires et dépressions en quantité sans cesse croissante. La psychiatrie qui peut tout calmer et enfouir, mais qui ne guérit rien, s'offre chaste et dévouée pour servir le pays.

Police et justice rejettent, par ce qu'ils ne savent pas où les mettre, 500 000 personnes par an au moins entre les mains de psychiatres.

Bien plus des quantités d'autres, canalisés habilement par l'ensemble des médias souverains, vont voir le psychiatre (et l'ensemble très divers de la profession) pour résoudre des problèmes qui ne concernent qu'eux et la société.

Si nous parlons influence réelle dans les sphères du pouvoir, la psychiatrie qui contrôle de gré ou de force près de 5 millions de personnes en France, et dont l'efficacité est IMMEDIATE quand elle le veut sur toute personne, qui parée de son auréole de soin "dans l'intérêt de la personne" peut gommer toutes les libertés et tous les intérêts matériels du gouvernement, la psychiatrie (dont nous vous éviterons les dissensions internes) paraît la mieux placée définitivement pour prendre en mains tous les laissés pour compte de notre société qui ne vont que croître (vous me ferez le plaisir, à titre d'opinion personnelle, de me laisser dire que Mitterand et le parti unique socialiste vont bien servir le capitalisme).

Le "système psychiatrique", quel que soit son incrustation dans l'asile, a changé du tout au tout en trente ans ; esprit, armes et structures. Les quelques centaines de psychiatres de 1945 sont devenus des milliers, l'âge est relativement jeune, ils sont au contact du socio économique et de l'idéologie dans ses théories et ses essais les plus avancés (surtout USA), ils savent par leur pratique que l'inexactitude, l'incertitude, le flou de leurs affirmations importent peu, ils sont demandés et respectés à la mesure de leurs jugements ambivalents et expertisent donc de plus en plus, se gardant de tous côtés, ils n'ont de compte à rendre à personne, à la limite un de leur pair et confrère sera appelé pour certifier qu'ils ont fait "au mieux pour la personne", qu'il ne peut y avoir de responsabilité médicale et que la psychologie humaine est variable et inappréhensible.

Assuré de ne rien risquer ni pour leur personne, ni pour leurs biens (qu'ils arrondissent sûrement), comment ne pas s'offrir et se jeter sur cette masse de gens que toutes les couches de la population et toutes les têtes administratives leur tendent. Comment alors se suffire de *gérer l'aliénation au sens strict du mot* qui ne concerne qu'un chiffre à peu près constant de la population (1 % voir O.M.S.). Comment ne pas s'apercevoir que le cadre officiel de l'intervention (placement d'office et volontaire) est désormais plus que dépassé. Ainsi ce ne sont plus les aliénés de Pinel, ni ceux de 1838 qui sont intéressants ; ce ne sont plus les 15 000 à 20 000 aliénés à peu près constant de notre pays qu'il faut traiter et gérer, mais tout ce qui se dit et que l'on dit : "malade nerveux", "malade ou personne atteinte de troubles mentaux" (sans d'ailleurs qu'il soit utile et nécessaire d'aller plus loin et comment le pourrait-on sans la preuve scientifique de l'atteinte nerveuse ou mentale), en fait toutes les phrases explicatives des psychiatres adjoignent une notion de "comportement" qui est et devient le seul critère effectif du classement "nerveux" ou "mental", prouvant ainsi s'il en est encore besoin que la psychiatrie n'est ni une science ni une médecine, mais bien un contrôle du comportement. La crise économique dès 1970, et un gouvernement de "gauche" maintenant, offrent enfin au "corps des psychiatres" l'occasion d'une avancée et d'une prise en main organisée et généralisée de toute la population "à comportement anormal" de ce pays. Du berceau à la tombe, tous les essais de prise en main sont allés grandissant, par apport successifs ; il faut maintenant dire qu'on y a droit, nous seuls, et qu'il faut donc jeter à l'eau un tas de carcans inutiles et gênants, dont la loi de 1838.

Les armes ont été rodées de longue date par coups de force successifs et par des quantités d'expérimentations.

Le plus efficace est l'instauration du *neuroleptique retard* joint au secteur, aucun "malade" ne peut plus prétendre échapper où qu'il soit, à la surveillance programmée et au traitement qui l'abrutit sans être signalé comme potentiellement dangereux "pour lui ou pour quiconque". Il sera amené de gré ou de force où on le jugera utile.

Le fichier d'assistance et la fiche psy ensemble le bloquent définitivement pour toute liberté et autonomie sociale. Les rabatteurs que sont les PMI, les assist, les instit. et conseillers d'orientation, les tests soi-disant psychologiques, les enquêtes de toutes sortes, les dossiers et fichiers divers, les bureaux de personnel de chaque entreprise et administration, les médecins des hôpitaux, la police, tout concourt à ce que pour une personne "à comportement anormal", même d'un moment, son dossier psycho devienne ce qu'il y a de plus lourd pendant tout le reste de sa vie.

Il suffit aux psychiatres de s'en prétendre les maîtres uniques pour que leur corps devienne enfin officiellement une partie du pouvoir réel.

Quand on pense que jusqu'en 1945 les psychiatres étaient les derniers des médecins, les laissés pour compte de toute la science médicale, et que sans que rien de médicalement valable n'ait été trouvé, dans leur partie, ils se retrouvent salué comme des maîtres, il y a de quoi rêver.

Des gens importants semblent s'étonner maintenant que les derniers plans quinquennaux français aient bâtis des "lits H.P." en quantité considérable. Mais c'est bien à partir de là que les psychiatres ont maintenu, affirmé et étendu leur influence. Il ne s'agissait pas de laisser la proie pour l'ombre. De même que les autoroutes ont montré à tous la prééminence de la voiture et qu'administrativement ça a imposé des dépenses mêmes inutiles pour conforter des positions et des intérêts ainsi les psychiatres conséquents ont dans leur domaine départemental d'influence poussé à la roue au maximum pour imposer les structures qui sont le signe de leur pouvoir. A partir de là, il est toujours loisible de discuter de son influence par le secteur sur les centaines de pôles de surveillance, sur les innovations thérapeutiques. Des pourfendeurs connus, comme Baruk ou Gintis, de la psychiatrie "abusive", ont ainsi ménagé la sécurité de leur place et d'une évolution possible. Les psychiatres communistes ou "gauchisants" ont un pied dans l'asile et un autre dehors. Les asiles de Ville Evrard, Maison-Blanche, H. Rousselle et Fleury les Aubrais ou les "soignants" ont pu paraître "progressistes", sont de solides réalités.

Face à un certain discours de la profession dénonçant les méfaits, les dangers et les hontes de l'asile, on s'aperçoit que son immense majorité s'en accomode fort bien.

De plus, il faut bien ajouter, et ceux qui ont vécu à l'intérieur des asiles seront d'accord, il est à tout point de vue bien agréable et bien rentable de se calfeutrer dans un fromage de médecin chef d'asile où tout pouvoir et service vous est rendu comme à un petit Bokassa.

III. QUEL EST DONC LE (OU LES) FACTEURS QUI, DANS LA CONJONCTURE ACTUELLE PERMET EN L'ESPACE DE QUELQUES ANNEES, LA MONTEE AU GRAND JOUR D'UNE APPARENTE VOLONTE DES POUVOIRS POLITIQUES DE CHANGEMENT LEGISLATIF DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHIATRIE ?

Les textes les plus récents sont :

- Proposition de loi Henri Caillavet de 1978,
- Rapport Barrot de 1980,
- Déclarations Ralite de 1981,
- Les articles 73, 74 et 75 de la loi du 2 février 1981, loi dite "sécurité et liberté" de Peyrefitte.

Soit au ministère de la justice, soit au ministère de la santé, des commissions régulières de juristes et de psychiatres ont suivi le problème psychiatrique depuis 1965 et 1960. Des noms comme Debré, Foyer et Barrot se sont attachés à ces problèmes (et d'autres évidemment, que ma situation de provincial ne me permet pas de vous donner). Ces personnes et leurs conseils ne sont plus seulement juristes ou psychiatres, ou simplement bourgeois humanistes comme pour la loi de 1838, ce sont en gros des énarques, des technocrates.

Leur but n'est pas et n'a jamais été de guérir des gens, d'appréhender une situation dans l'intérêt de la personne, mais bien et de plus en plus, de "rentabiliser" les choix économique, et, par conséquence et par obligation, de "maîtriser" l'ensemble de la population au moindre coût.

La loi hospitalière est l'aboutissement pour la médecine privée et publique de ce fameux RCB, elle en est le départ pour la psychiatrie avec le secteur et la prise en main de la direction des asiles (hôpitaux psychiatriques devenus des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), par administratifs nommés et surveillés par les ministres, comme tous les directeurs des hôpitaux en France.

Cette montée (de l'urgence de changements législatifs en psychiatrie) a son corollaire dans le nombre et l'intérêt des livres concernant ses aspects parus depuis 1970 en France. C'est la décennie (1970-1980) qui de loin nous donne la plus grande abondance depuis 1800. Nous y ajouterons les actualités et débats filmés, et un nombre nettement plus important de journaux critiques et d'affaires judiciaires mettant en cause la pratique psychiatrique.

Cette sur-activité à propos des changements en psychiatrie vient de groupes et de strates de psychiatres divers. Apparemment les divergences, sinon les oppositions sont très fortes. En effet rationaliser le fonctionnement des CHS et y agglutiner l'ensemble des fonctions privées et publiques des psychiatres en y incluant leur rôle de contrôle normatif sur la population est un très gros travail ministériel. Donner aux psychiatres le monopole à tous les stades de la préparation et de l'exécution du contrôle/soins/traitement est un risque qu'il faut manager et ménager avec procureurs et juges, associations et principes de libertés, abus possible des psychiatres et réactions directes et diverses des psychiatisés et de leurs soutiens politiquement acquis. *Il est plus que difficile, sinon impossible de prétendre d'un côté défendre les libertés de chacun, et de l'autre codifier la privation de liberté "de fait" de la majorité des gens qui sont sous la coupe de la psychiatrie.* (Nous voyons cette illusion et cette codification à l'œuvre, plus loin, avec la loi Peyrefitte).

IV - LES PSYCHIATRES et la LOI DE 1838

(nous extrayons du "P'tit pouvoir psychiatrique illustré" n° 1983 d'octobre 1981, les principales citations de psychiatres influents à propos du mode de législation qui conviendraient à leur pratique. Ces citations sont extraites du "Livre blanc de la psychiatrie française" - tome 2 - 2^e journée - 5 et 6 mars 1966 - Ed. E. Privat - pour recevoir le P'tit pouvoir psy. illustré, écrire à CRAPP - c/o GERR - 9, rue St-Vivien 76000 ROUEN.

Bailly-Salin Le texte qui permet à l'équipe médicale, compte tenu de la particularité de certains malades mentaux, de faire en sorte que le sujet se détermine lui-même au traitement après une phase ou éventuellement une mesure de COERCITION peut être nécessaire.../...
.../...mettre l'équipe psychiatrique en charge de MOTIVER son malade A ACCEPTER un traitement...

La phase centrale du projet (de réforme de la loi de 1838) était : "tout individu que son état MET DANS L'INCAPACITE DE DONNER UN CONSENTEMENT à un traitement CEPENDANT NECESSAIRE tant pour lui-même que pour la SECURITE PUBLIQUE est signalé par le médecin qui le reçoit en charge lorsque le médecin estime qu'un traitement est indispensable..."...[l'incapacité liée à l'état élimine bien entendu les refus de traitements des tuberculeux et des syphilitiques, par exemple, chez lesquels la motivation de refus n'est pas liée l'état].

Henri Ey

Nous espérons avoir enfin un jour un statut SOUPLE et bien adapté à SUBSTITUER à la loi de 1838... Au désordre actuel, il faut SUBSTITUER un autre ordre, il me paraît évident que cet ordre NE PEUT ETRE QUE CELUI DE RESPONSABILITE MEDICALE ACCRUE.

Bonnafe P.C.F.

Je ne conçois qu'un seul article législatif qui puisse s'appliquer totalement et exclusivement aux malades mentaux, c'est celui-ci : "La loi de 1838 est abrogée", pour tout le reste renvoi au Droit Commun, à UN DROIT COMMUN ADAPTE EN LIEU ET TERMES CONVENABLES aux 1 000 problèmes que peut poser la réalité de la maladie mentale.

Daumezon

Il convient que le malade mental ne soit pas l'objet de procédures particulières mais tout au plus D'ORGANISATIONS SPECIALES de procédures générales pour l'application du droit commun.../...Il ne s'agit pas de (faire) une loi particulière mais de l'ADAPTATION d'un droit commun à LEUR situation.

Bailly-Sallin

Il nous arrive à tous de dire à un malade : Monsieur vous êtes fou, et dans l'état où vous êtes, on ne peut pas vous laisser partir. (Ca arrive même à des psychiatres gauchistes... cf PORTIER à Sotteville - Note de l'auteur de l'article).

Garand (Psychiatre de clinique)

A notre avis, la position est MEILLEURE du médecin de service libre qui prend à l'égard du malade la responsabilité personnelle DU MAINTIEN, SANS AUCUNE COUVERTURE LEGALE, plutôt que d'avoir des dispositions spéciales. (A celui-là, on peut dire que sa position triomphe aujourd'hui - Note de l'auteur).

Henri Ey

Ce malade est récalcitrant, IL VEUT SORTIR alors que cette sortie comporterait UN DANGER POUR LUI OU POUR AUTRUI. Il est CLAIR qu'il est dans le SENS de notre action d'EXERCER sur ce malade cet ASCENDANT qui dans les 95 % des cas, fait que par le MIRACLE TRANSFERENTIEL du malade au médecin, CE MALADE OBEIT, sans qu'il soit nécessaire aucune intervention de la Loi. Le malade peut dire : "Je suis libre", mais EN FAIT il écoute généralement l'avis du médecin ; ET TANT QU'IL ECOUTE L'AVIS DE SON MEDECIN, IL N'Y A PAS DE PROBLEME. Là où commence le problème, C'EST QUAND LE MALADE N'ECOUTE PAS SON MEDECIN.

Audisio soutient PS-PC

SI C'EST UN TIERS QUI FERME LA PORTE, C'EST UN TIERS QUI L'OUVRIRA.

Henri Ey Il s'agit de savoir si nous devons prendre seuls ou pas, la responsabilité DE FERMER LA PORTE.

Mignot A mon avis, c'est au médecin de prendre sa responsabilité... Il s'agit en somme de SUBSTITUER à cette responsabilité que prend le médecin en faisant un certificat d'internement, celle qui consiste à dire : "Je continue à soigner le malade CONTRE SON GRE, mais, dès lors, j'en avertis l'autorité garante des droits de la personne,

Herni Ey Nous demandons que la loi de 1838 soit abrogée, et nous disons que nous sommes prêts pour cela à prendre davantage de responsabilités.

Bonnafe EN MATIERE DE DROIT, LE MEILLEUR EST CELUI QUI PERMET DE MIEUX GUERIR LES MALADES. Plus le médecin est responsable, mieux il est en condition d'aider à la guérison.

(Rappel : son pote PICAT, psychiatre à l'HP de Sotteville avait poussé la même chanson de la responsabilité en 76 : "Psychiatre + Communiste = Responsable", pour se défendre de tracts voulant empêcher - et qui réussirent à empêcher le transfert d'un psychiatrisé mis en PO sur sa demande vers un des Sing-Sing de la psychiatrie, Sarreguemines. Note de l'auteur).

Et...pour terminer les citations de ce "Livre Blanc de la Psychiatrie française" où on vient de voir qu'en parole comme en pratique, les psychiatres sont fondamentalement d'accord avec le mot d'ordre de toutes les canailles assoiffées de pouvoir, à savoir "LA FIN JUSTIFIE LES MOYENS", il est tout à fait passionnant d'écouter le grand Professeur SIVADON qui déclare en 1967 aux 3^e Journées Psychiatriques :

« On ne saurait se passer de la loi de 1838 tant que des dispositions générales ne permettront pas au médecin de SE SUBSTITUER TEMPORAIREMENT A LA VOLONTE DE CERTAINS MALADES DANS CERTAINES CIRCONSTANCES.

... Ces mesures auraient l'AVANTAGE d'être SOUPLES et individualisées d'une part, et d'autre part, d'être APPLICABLES A TOUS LES MALADES et à TOUS LES INCAPABLES DE FAIT sans créer un statut spécial pour les malades mentaux.

... Mais après les OPPOSITIONS et les INCOMPREHENSIONS soulevées par le projet de réforme, IL EST DE BONNE TACTIQUE DE FAIRE SILENCE SUR CE PROBLEME, et de ne le reprendre que QUAND LES PASSIONS SE SERONT APAISEES. Pour ma part, je pense qu'il vaut mieux NE PAS TOUCHER A LA LOI DE 1838 et ESSAYER plus tard de faire prendre des dispositions CONCERNANT LA CHIRURGIE DES COMATEUX (...) pour y greffer secondairement NOS PROBLEMES. »

Dans la droite ligne de cette perspective ô combien réjouissante pour qui d'entre nous aura le bonheur de tomber dans les sales pattes de ces inhumains, le Syndicat National des Psychiatres des Hôpitaux se prononce fin 1978 :

« Si une mesure législative s'impose, elle doit concerner l'urgence médicale POUR TOUS LES CAS dans lesquels le malade n'est pas en mesure de donner VALABLEMENT son consentement à une hospitalisation du fait de la gravité de son état. Quant à une disposition législative visant à IMPOSER UNE MESURE THERAPEUTIQUE, elle ne saurait concerner les SEULS malades mentaux HOSPITALISES qui ne représentent désormais qu'un temps et une part relativement faible des malades mentaux en traitement, et SANS DOUTE PAS LES SEULS MALADES MENTAUX... ».

AUDISIO, secrétaire de ce "syndicat du traitement imposé" s'est toujours plaint du peu d'écoute des précédents gouvernements de la France capitaliste : ils préféreraient encore trop la prison et la répression directe à la prévention sociale et à la psychiatrie !

Ses partisans forment maintenant le gouvernement de la France tout aussi capitaliste. Gageons que la position de son syndicat sera entendue. Gageons que la psychiatrie va faire un bond en avant : ce n'est tout de même pas par hasard que Jack Ralite, ministre de la Santé a choisi l'HP de Sotteville parmi tous les H.P. à visiter, et, au sein de l'H.P, justement celui d'AUDISIO.

Dans ce monde de la survie, les tenants de l'ordre d'exploitation, d'oppression et de l'ennui, ont tout intérêt à traiter de façon préventive tout ce qui, chez les prolétaires, peut les pousser à une crise d'agitation aigüe, avec tous les dangers que cela représente pour "autrui" c'est-à-dire les tenants de cet ordre social, psychiatres y compris.

Bernard

Citons en outre J.F. Reverzy psychiatre, animateur de "Transitions" et de l'association EPSI, et côté sans doute le plus évolué de la psychiatrie pratiquante sous ce nom. Dans son livre "la folie dans la rue", 1978 E. Privat, Toulouse, il affirme sans détour la nocivité et l'absurdité de l'asile et des filières qui y mènent. Il ne cache pas que la plupart des internements sont illégaux et il ajoute : "il convient donc que soit d'urgence abrogée cette législation ségrégative et anachronique (la loi de 1838) qui n'a de nos jours aucune raison d'être... Ce n'est que dans le cadre d'une réforme générale du droit commun que peuvent être envisagées des mesures particulières concernant les malades mentaux. (NDLR : c'est nous qui soulignons).

En effet la 3^e partie de son livre va traiter de la "pratique de l'urgence psychiatrique" et faire voir au nom de quoi "le malade" va être pris en main par le psychiatre sans qu'à aucun moment il n'ait le droit de refuser. J.F. R. ignore superbement les droits constitutionnels et personnels élémentaires de la personne. Investi du devoir de soigner, obligé par la notion de "non-assistance à personne en danger", à intervenir, appelé par n'importe quelle situation à être le "médiateur" technique, supposant toujours voir une "souffrance", une "demande", un "complexe" il doit être la personne (souverainement) adéquate pour prendre en main et décider de la meilleure thérapie, de la meilleure solution à adopter. L'énumération exhaustive de tous les cas d'intervention nous montre enfin le psychiatre dans sa fonction globale de contrôle social sans limite.

Ainsi, une formule pourrait résumer l'opinion moyenne des psychiatres en France : "Supprimez la loi de 1838 si vous le désirez ! Après tout, après nous avoir bien servi, elle commence à nous gêner. Mais en retour, donnez-nous carte blanche pour moduler notre mode d'intervention et de traitement. Nous avons suffisamment d'armes thérapeutiques et de pouvoir médical pour éliminer toute esèce de contestation. Nous ferons la loi, et elle sera non écrite".

Nous allons maintenant examiner les trois textes officiels qui nous donnent une idée du point où en sont les choses (proposition H. Caillavet, rapport Barrot et loi Peyrefitte).

Nous rappelons brièvement que H. Caillavet ne fait qu'une proposition de loi, mais que, par contre, il a consulté et fait se rencontrer les psychiatres représentatifs et des juristes connus, que Barrot fait un rapport (que nous n'avons pas dans le texte) dont la visée est l'efficacité socio-économique des institutions psychiatriques, que Peyrefitte enfin, dans la lancée de la loi "Sécurité et liberté" apporte apparemment des droits nouveaux aux psychiatrisés.

Elle a fait l'objet de la part de ce sénateur et de l'association des libérés du Sénat d'une publicité certaine. Les trois journaux de défense des psychiatisés (Psychiatisés en lutte, l'Imbuvable et Mise à Pied) l'ont publiée et critiquée dans le détail. Tous, sans accord préalable, l'ont condamnée dans sa totalité. Ils ont mené une campagne importante de signatures contre elle. Le rejet a été total et expliqué par la discussion de chacun des articles de la proposition. Nous tenons à la disposition de nos lecteurs chacun de ces journaux pour 5 F en timbres.

Que dit l'exposé des motifs de cette proposition :

"Les thérapeutiques psychiatriques ont évolué", "les contraintes psychologiques dues au progrès scientifique et nées des technologies nouvelles ont malheureusement fait progresser certaines affections de type névropathique", "il serait mal venu d'apporter quelque jugement sur l'exercice professionnel des psychiatres", "la profession chargée de soulager les maux de certains malades", "cet humanisme se bâtit dans la liberté", "la sécurité de la société, le besoin d'assurer l'ordre public, la nécessité de protéger... exigent cependant une sauvegarde des droits de l'individu, un impératif appel à la lutte contre les abus. Tel est en réalité l'objet de la présente loi".

"L'abus psychiatrique ne réside pas nécessairement dans les soins et soyons prudents avant toute mise en accusation... Cependant il est vrai que les internements abusifs existent et que sans divers groupes de pression, nous ne saurions comment se passent ces "placements".

"L'hospitalisation (dit le D^r C. Koupnik) peut être librement consentie et désirée par le patient... Elle doit parfois être imposée au malade...", "les services libres (dit le D^r Bailly Sallin), dans lesquels la loi de 1838 ne s'applique pas, doivent recevoir un statut juridique à défaut duquel le malade placé sous ce régime ne dispose actuellement d'aucune protection efficace de ses droits".

"Sans aller jusqu'à l'abrogation totale de la loi, il est impérieux de la modifier dans plusieurs directions... ; la sécurité des personnes, la protection des libertés, la continuité des soins, l'équilibre des pouvoirs". "Il est donc proposé de définir deux types de placement : le placement sans état d'urgence se substituant au placement volontaire, le placement nécessité par un état d'urgence remplace le placement d'office, il implique la reconnaissance en quelque sorte du flagrant délit."

"L'aliénation mentale (dans le cas où elle n'est pas une gêne pour l'ordre public) par exemple : "état dans lequel se trouve une personne qui par suite de troubles mentaux n'est pas en mesure de satisfaire ses propres besoins essentiels de nourriture, d'habillement et abri" (n'est plus intéressé par la loi). Lorsqu'il n'y a pas urgence (il s'agit de troubles mentaux présentant un danger de sécurité pour (la personne) elle-même, sa famille et son entourage. C'est donc le constat du danger de sécurité, tant individuelle que collective. caractérisé par les manifestations connues des médecins et spécialistes qui dicte la conduite à tenir".

(On rend) "l'initiative du placement pour partie au système judiciaire garant des droits et libertés en protégeant le malade médicalement sous l'avis... de psychiatres..." enfin en assurant une "sortie" de l'établissement... faute de recommencer la procédure (d'internement).

Nous ne pouvons dans un article comme celui-ci vous donner le détail des critiques, article par article, mais nous essayons de voir ce qui a changé, ou ce qui est resté dans les lignes générales.

Ce qui est resté

Les deux nouvelles appellations d'internement sont à l'évidence calquées sur les deux anciennes (avec ou sans Etat d'urgence = P.O ou P.V.).

Les avis et certificats des psychiatres et experts restent prédominants et décisifs.

Les pouvoirs de la police et du préfet ne sont pas diminués. Comme actuellement, aucun droit d'aucune sorte n'est reconnu à un "malade" à partir du début d'une procédure d'internement et jusqu'à sa sortie. Le psychiatre a le pouvoir absolu sur le "malade" quant à ses conditions de vie, ses libertés et l'ensemble des traitements, comme maintenant.

Comme maintenant aucun contrôle réel et personnel de chaque "malade" n'est obligatoire à période fixe.

Comme maintenant il est interdit à tout "malade" de saisir effectivement le juge ou le procureur dès qu'il le juge nécessaire, de même pour un avocat, la famille ou n'importe quelle personne de ses relations.

Le principe et la réalité de l'isolement dépend du seul psychiatre soignant. L'irresponsabilité civile et pénale du groupe soignant quant aux dommages physiques, moraux et pécuniaires causés à la personne du "malade" reste acquis.

Ce que la proposition de loi H. Caillavet apporte ou modifie

La modernisation des termes pour se mettre au goût du jour, coller avec la nomenclature psychiatrique et répondre aux réactions sociales de l'époque (urgence, troubles neuro, psycho ou patho... sécurité, danger pour la personne, soins intensifs, lutte contre les abus, services libres, sortie...)

Le renforcement du pouvoir de la police puisque l'officier de police judiciaire est habilité à décider du P.A.E. d'U ou P.O.. L'intervention multi-psychiatrique (expert) dans le cas du P.S.E. d'U ou P.V.

L'intervention par ordonnance du président du tribunal d'instance dans le cas du P.S.E. d'U ou P.V. sur la requête de quiconque.

L'instauration d'une période d'observation de 72 heures dans les deux cas en internement.

L'instauration de périodes de deux fois 15 jours suivies de 90 jours menant en gros à des périodes obligatoires de 120 jours renouvelables sur avis du psychiatre.

La reconnaissance du passage obligé par les "soins intensifs" psychiatrique dans les périodes citées aux paragraphes précédent.

Une complication poussée à l'extrême dans le minutage journalier des certificats et des divers recours.

La suppression de l'article L.351 actuel qui reconnaît au "malade" ou à toute personne le droit de demander une sortie par décision judiciaire.

La limitation ou suppression en pratiques des recours légaux antérieurs par des changements de termes subtils et la généralisation de longues périodes sans recours possible.

Des aberrations visibles à l'œil nu, puisque tour à tour le préfet, le juge et le psychiatre peuvent s'opposer à toute décision de sortie prise par les deux autres.

Observations

Les pages précédentes vous ont indiqué les changements complets et le poids de la pratique psychiatrique. Cette proposition de loi qui prétend défendre les individus et combattre les abus s'est bien gardée de répertorier les territoires et les gestes qui sont des abus. Depuis le fichage à la naissance jusqu'à la piqûre obligatoire du secteur. Depuis les voitures pompiers et SAMU jusqu'aux 90 % de malades que l'on force à entrer en asile sans aucune légalité.

Il est bien réel que ce genre de "malades" ne se rebellent pas contre ce qui arrive, et que donc il n'est pas utile de légiférer à leur rencontre.

L'urgence médicale et sa corollaire l'urgence psychiatrique permettent de maîtriser sans trop de mal tout ce qui bouge et traitement plus ou moins intensif aidant, d'obtenir quelques jours plus tard des personnes calmes et amorphes. La surveillance du secteur renforcée, les contraintes des aides sociales, l'appoint des tutelles judiciaires et les traitements retard sont largement suffisantes pour que, groupés, l'ensemble des psychiatisés ne bougent plus. Ajoutons-

y et c'est très prégnant, l'impossibilité, ainsi surveillé et fiché, de trouver un moyen de vivre.

Par contre, pour l'infime minorité, qui ne veut pas se laisser saisir par la psychiatrie, la notion d'urgence médicale, le renforcement du pouvoir de police, l'avis suffisant du ou des psychiatres, l'obliteration du traitement intensif, la limitation extrême des possibilités de recours, *ne leur laisse plus aucune chance de s'en sortir indemne.*

Il s'agissait pour H. Caillavet, et son exposé des motifs le souligne, de faire face aux "abus" que la presse, les tracts, les groupes, les affaires judiciaires ont mis sur la place publique. Dorénavant une ordonnance judiciaire couvrira de sa légalité toute demande d'internement en P.V. et le traitement intensif fera le reste. Le psychiatrisé abruti et asexué, s'il en a la force encore, s'opposera dans sa plainte au juge, au quelconque demandeur et aux psychiatres unis et réunis. Il a perdu d'avance.

Dans le cas du P.O, nouvelle dénomination, l'accumulation des certificats de psychiatres, renforcés de l'approbation judiciaire, couverts par le préfet et assaisonnés de soins intensifs, ne laisse non plus aucune chance de recours légal au psychiatrisé.

Ainsi, *sous couverture judiciaire, quand c'est nécessaire*, les psychiatres ont les mains libres. Les deux faits majeurs que cette proposition révèle qui sont des faits de société très importants sont *l'acceptation par la population de l'urgence psychiatrique*, même en dehors du "trouble public", et la *banalisation des "soins intensifs"*. Nous défions quiconque de nous montrer en quoi le "soin intensif" est moins enchaînant et moins dommageant que les chaînes et la camisole de force. Il faudrait quand même laisser parler ceux qui y sont passés.

Eclairé par le texte de H. Caillavet, qui s'est, comme nous l'avons dit, entouré des avis éclairés et parfaitement à jour de psychiatres et de juristes, nous pouvons comprendre les déclarations de psychiatres et d'hommes politiques. Certains assurés de leur pouvoir ne voient pas l'intérêt de supprimer la loi de 1838. Elle leur permet les arrangements nécessaires avec la réalité et ce n'est pas une affaire de loin en loin qui attente à leur pouvoir et à l'essor de leur commerce libéral.

D'autres à l'opposé partisans d'une avancée thérapeutique, considèrent à juste raison le milieu asilaire et ses contraintes comme un mal en soi, plus pathologique que guérisseur. Supprimer la loi de 1838 et son lieu d'application qui est l'ASILE, au moins dans sa généralité, ce n'est pas faire baisser l'emprise et le pouvoir psychiatrique. Un service psychiatrique accolé à un hôpital général, accolé à un secteur et à des structures diversifiées, permet des résultats meilleurs. On débarasse le psychiatre de son rôle répressif apparent. Les soins intensifs d'entrée (urgence psychiatrique) et le suivi rapide de structures différentes très liées permettent une meilleure surveillance et, pour le psychiatrisé, une impression de liberté et de collaboration. La contrainte, de légale et formelle devient volontaire et socialement obligatoire.

Au milieu la masse des psychiatres privés et publics à laquelle la réforme ou la suppression de la loi de 1838 importe peu, pourvu que des *mesures particulières* s'attachant à leurs patients leur permettent d'exercer leur métier avec les mêmes avantages et sans risque nouveau. La loi Peyrefitte, toute partielle qu'elle soit au sujet de la psychiatrie, nous montrera ce dernier aspect.

VI - LE RAPPORT BARROT

Ministre de la Santé en 79 et 80, après avoir été au Ministère de la Santé dans les années 60, il a écrit un livre sur les problèmes de santé. C'est donc en administrateur connaissant la question qu'il lance à l'été 80 son enquête sur la psychiatrie publique. Il n'a pour but ni l'appréhension, ni la guérison, ni les intérêts, ni les libertés des "malades" ou des

"maladies mentales." Son but est de direction et donc de "correction" des schémas socio-économique de la psychiatrie. Comme nous l'avons dit plus haut, il est l'émergence en psychiatrie de la rationalité du cadre et du budget. Sa disparition de la scène ministérielle l'a empêché sans doute de proposer une nouvelle loi pour la psychiatrie. Mais nous savons déjà de son successeur Ralite que ce dernier va adopter en gros l'ensemble de ses conclusions. Ne possédant pas ce document malgré notre demande au ministère, nous serons gré à un de nos lecteurs de nous le faire parvenir. Nous pouvons cependant d'après ce que la presse en a dit conclure.

Le nombre et l'importance des asiles va diminuer au profit des hôpitaux généraux et d'autres structures plus petites, telles que les M.A.S. (Maison d'Accueil Spécialisée)

Les équipes soignantes vont se diriger de façon plus importante vers la prévention et le suivi du secteur.

La spécialisation, l'humanisation et la semi réinsertion vont essayer de combler le grand vide qui attend l'ensemble des psychiatrisés.

L'approche ici est le saisi social à coût efficace. Mais si l'on y réfléchit *le facteur unique qui autorise l'éparpillement du "trouble mental" sur l'ensemble du territoire, c'est le neuroleptique*: dose intensive pour casser la crise, dose filée pour la maintenir en sommeil, dose retard pour permettre une surveillance discontinuée.

Les psychiatres se sont bien gardé d'esquisser la moindre comparaison entre deux systèmes de traitement à l'opposé complet l'un de l'autre. Le système de l'asile fermé avec contention physique et "traitement moral" des Pinel-Esquirol-Georget où la lutte bien qu'inégale a lieu les yeux ouverts et face à face. Et le système actuel où le psychiatre doucereux et fuyant vous injectera en mentant un liquide qui vous anéantit. Ce raffinement (et cette économie) dans l'enchaînement non seulement n'a pas apporté plus de guérisons mais encore il apporte avec lui des dommages certains et quelquefois irréparables.

C'est à juste raison qu'un psychiatre public comme *Glaydys SWAIN* ("Le sujet de la folie" Privat, page 104) peut écrire : "Non pas d'ailleurs si l'on veut bien y regarder sans complaisance que nous soyions mieux armés *pratiquement* qu'un contemporain de Pinel ne pouvait l'être (et dans la note accolée : "Nous ne parlons naturellement que du point de vue psychothérapeutique, en laissant de côté l'immense question posée par les récentes découvertes de la chimiothérapie, aussi indiscutables dans leurs effets que problématiques dans leur interprétation").

Et Lacan lui-même d'une phrase sèche démolit toute prétention de la psychiatrie au soin, à la guérison et à la "libération" en disant : "On ne peut méconnaître que l'intérêt pour les malades mentaux est né historiquement de besoins juridiques".

On ne peut s'empêcher ici de souligner qu'il existe un MYTHE de la piqûre médicale comme remède à tous les maux, comme moyen suprême d'intervention pour le bien de la personne. La psychiatrie sur la lancée des antibiotiques injectables a pu injecter n'importe quoi en disant qu'enfin elle soignait. La piqûre psychiatrique s'est révélée comme moyen modulé de maîtriser n'importe qui, n'importe quand. Elle a relayé de façon beaucoup plus efficace et dans le silence la camisole, les diverses attaches et les multiples *partages*. Elle n'a rien résolu de l'aliénation, de la psychose et de la névrose. Elle ne les guérit pas, elle les oblitère un moment. Elle n'a rendu ni parole, ni liberté aux psychiatrisés (ni au-dedans d'eux-même, ni avec leur entourage). Bien plus, elle masque très mal la montée constante non plus de l'aliénation mais des déséquilibres personnels face à une société réifiée et mercantile. La législation qui se prépare en psychiatrie ne peut donc être, *vu son échec, qu'une contention généralisée et adaptée à son danger social.*

VII - LA LOI PEYREFITTE et ses articles 73, 74 et 75 au sujet de la psychiatrie.

Pris par le temps et éloigné de Paris, Mise à Pied n° 14 n'avait pu traiter de ce sujet. Il avait fait appel à ses lecteurs pour la commenter et en avait donné le texte. Trois études détaillées nous sont parvenues. Celle de l'Imbuvable n° 39 rédigée par Chantal Beauchamp, celle du GIA Paris par Bernard Langlois, celle de Dominique Mathieu de Macon, nous y ajouterons la nôtre. Pour plus de commodité, nous mettons les articles de la loi Peyrefitte sur feuille volante.

VIII - Commentaires de Dominique Mathieu

1° Pour les P.O et les P.V. l'article 74.IV (L. 253.2) ajouté ne change rien puisque les établissements régis par la loi de 1838 (recevant les P.V. et les P.O.) sont exclus de l'application de cette loi. Sauf peut être certaines cliniques privées recevant des P.V. je ne le sais pas). En tous cas, les gens placés en P.L. sans être soumis à la loi de 1838 dans ces cliniques sont seuls favorisés (mais ne vont en clinique que ceux qui le peuvent pécutiairement et ceux qui le veulent) ! donc les volontaires.

Mieux, les conditions de l'article L. 352. 2 ajouté ne s'appliquent même pas aux P.L. dans les établissements psychiatriques (HP) régis par la loi de 1838. En cas de conflit de procédure, les hôpitaux se feraient fort de le souligner. Le moyen de se défendre resterait donc de n'accepter aucun placement libre dans un Ets régi par la loi de 1838.

2° Cet article semblerait seulement empêcher les abus qui existeraient déjà concernant l'hospitalisation des malades mentaux dans les Ets non régis par la loi de 1838, tels que hôpitaux généraux, neurologiques, services d'urgence, cliniques...

3° A noter que dans certains hôpitaux, dont Le Vinatier, les P.O et les P.V. disposent déjà dans les faits de ces droits ; recevoir des visites, des communications téléphoniques, du courrier, liberté de mouvement à l'intérieur de l'hôpital. Ex : le cas de Maurice Dumoulin qu'on pouvait voir, à qui on pouvait écrire et téléphoner. La loi est donc rétrograde, et vient juste avant les élections comme un semblant de mesures (qui ne seraient que du vent).

4° Par contre, l'article L. 353.4 ajouté lui, est beaucoup plus intéressant car il sera un moyen de contester la plupart des internements arbitraires. En effet, pas mal de personnes sont transférées d'office d'un hôpital général, d'une maison de retraite (tentative de suicide, agitation, refus, sans domicile fixe, clochard) dans un hôpital psychiatrique (mon cas !..) ce qui donne tout pouvoir aux médecins psychiatres ou non des hôpitaux généraux (quel que soit le placement libre, volontaire ou d'office).

Actuellement, plus de 60 % à 80 % des hospitalisations se font de cette façon. Donc, nous avons là un moyen de contester. La large diffusion de l'information serait donc intéressante pour que chacun sache qu'il n'a pas à rester plus de 48 h contre son gré dans un hôpital psychiatrique, s'il y a été transféré par un autre établissement.

Mais est-ce que cela empêchera, les 48 h passées, de proscrire les P.V. et les P.O. Ne doutons pas de l'imagination des psychiatres !

5° L'article 75(L. 351 nouveau), lui, expliquerait le pourquoi nous avons gagné avec l'affaire Dumoulin ! Il était en préparation, l'article !

6° Les précédents articles et l'article 74 en particulier, à quoi servent-ils ? puisque les hôpitaux psychiatriques ne les respectent pas, et puisque les juridictions ne respectent pas la loi, et au contraire, aidés par les administrations (ministères, préfecture, DDASS qui refusent de me dire explicitement qu'il n'y a pas eu de P.V. en 66) défendent l'HP contre l'interné illégal ! A quoi bon multiplier les articles de loi, la première chose étant de faire respecter ceux qui existent déjà et de sanctionner ceux qui ne les respectent pas, en permettant aux internés de façon abusive de gagner leur procès !

NDLR : Deux remarques sur ce commentaire :

Nous n'avons pas relevé les quelques erreurs de législation concernant les établissements non régis par la loi de 1838. Les psychiatisés et les personnes qui s'occupent de psychiatrie doivent savoir que la loi de 1838 ne concerne que les HP de façon générale et dans les HP que les personnes en placement d'office ou volontaire (P.O et P.V.). Partout ailleurs et pour toute autre personne, la liberté est totale. Nous tenons à la disposition de nos lecteurs le texte intégral de la loi de 1838 (titre IV, V et VI) modifié, inclus dans le livre III du code de la Santé Publique (lutte contre les fléaux sociaux).

D.M. est bien au courant du P.L. en HP (PL = placement libre, terme que nous rejettons puisqu'il s'agit d'une hospitalisation "libre" par définition). Elle nous fait sentir que la loi n'apporte rien, et qu'en fait psychiatres et administrations restent maîtres du jeu, quelle que soit la législation.

IX - LES PSYCHIATRES APRES LA LOI PEYREFITTE

par B. LANGLOIS

Que penser des articles insérés dans la loi Peyrefitte, dite "Sécurité et Liberté" concernant les psychiatisés ?

1° Les Droits des Malades Mentaux

A première vue, la section III (L. 353.2) ajoutée au C.S.P. par l'article 74.IV de ladite loi est merveilleuse.

Pensez donc, les malades "atteints de troubles mentaux" se verraient reconnaître nombre de droits :

- d'être informés à leur admission de leurs droits et devoirs,
- d'envoyer ou de recevoir librement du courrier ou des communications téléphoniques,
- de recevoir des visites,
- de refuser tout traitement et de prendre l'avis du médecin qu'ils veulent pour cela,
- de leur liberté de mouvement dans l'établissement, compte tenu du règlement intérieur,
- de pratiquer leur religion sans discrimination.

A/ Qui peut jouir de ces droits ?

Le titre de cette section III est : "Dispositions applicables à certains établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux".

Quels sont ces établissements ?

A la réunion sur "Psychiatrie et Justice" organisée le 21 mars 81 à la Chapelle de l'Hôpital St Anne à Paris, par le syndicat de la psychiatrie, le syndicat des avocats de France, le syndicat de la magistrature, etc., on a longuement discuté pour savoir quels établissements étaient concernés par cette section III. Pourtant l'abc de l'interprétation de tout texte législatif est de prendre les travaux préparatoires, voire les débats des deux assemblées pour déterminer la portée et le sens de tel article, de telle expression de loi.

Si l'on se reporte aux débats du Sénat, séance du 17 novembre 80 (J.O. du 18 nov., page 4808b) - car se sont les sénateurs François Collet et Jean Chérioux qui ont proposé cette section III - on s'aperçoit qu'il s'agit d'établissement du secteur libre. En fait, il s'agit de tout établissement public ou privé, comme le dit l'article L.352.2 ajouté, du C.S.P recevant des malades mentaux et non soumis à la loi de 1838 (ce sont ceux qui sont visés par la formule alambiquée pour les non initiés, et ainsi rédigée : "à l'exclusion des établissements visés aux paragraphes I et II de la section II du chapitre II du titre IV du III du présent code" qui sont seuls habilités à recevoir les placements d'office et volontaires).

Il s'agit donc de tous les services libres des hôpitaux publics ou privés de tous les quartiers psychiatriques ou ser-

TEXTES EN VIGUEUR jusqu'au 2.2.81, Loi de 1838 modifiée incluse dans le Code de la Santé Publique, Titre IV. Lutte contre les Maladies Mentales Art. L.326 à L.355. Code Dalloz 1977.

PROJET DE LOI n° 1681 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes, dite loi Peyrefitte, avril, mai, juin 80.

SENAT texte adopté par les sénateurs le 18 amendements n° ... de F. Collet et J. Chérioux

<p>Chapitre II, Section II, Paragraphe 3 <i>Dispositions Communes</i></p> <p>Art. L.332. Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de la Santé publique et de la Population, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge du tribunal d'instance, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics et privés consacrés aux aliénés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils recevront les réclamations des personnes qui y sont placées, et prendront à leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position. • <i>Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur de la République. Les établissements publics le seront de la même manière une fois au moins par semestre.</i> <p>Art. L.351(Loi n° 68-5 du 3.1.68)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Toute personne placée ou retenue dans l'un des établissements visés au chapitre II, son tuteur si elle est mineure, son 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.</i> • Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur de la République, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins. • <i>La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.</i> • La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistré au débat. • Aucune requête, aucune réclamation adressée soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative ne pourront être supprimées ou retenues par des chefs d'établissement, sous les peines portées à l'article L.355 ci-après. 	<p>Art. 46 Chapitre II, Section II Paragraphe III Dispositions relatives au contrôle</p> <p>Art. 47. Il est ajouté au C.S.P. après l'article L.332 un article L. 332.1 ainsi rédigé :</p> <p>Art. L.332.1 - Les établissements privés accueillant les malades soignés pour troubles mentaux, qui ne sont pas visés à l'article L.330, sont soumis aux dispositions des articles L.332 et L.351.</p> <p>Rapport de la COMMISSION DES LOIS de l'Assemblée nationale par Jacques Piot, présenté au vote des députés le 10 juin 80.</p> <p>Art. 46 sans modification</p> <p>Art. 47.I - Le premier alinéa de l'article L.332 du C.S.P. est complété par les dispositions suivantes "ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux".</p> <p>Art. 47.II - Le début du premier alinéa de l'article L.351 dudit code est ainsi rédigé : "Toute personne placée ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé consacré aux aliénés ou accueillant des malades soignées pour troubles mentaux, son tuteur..." (le reste sans changement) amendement n° 140.</p> <p>Les députés adoptent en première lecture les articles 46 et 47 ainsi modifiés.</p> <p>Rapport de la COMMISSION DES LOIS du SENAT par Pierre Carous, présenté au vote des sénateurs le 30 octobre 1980. texte de l'assemblée nationale sans modification.</p>	<p>Art. 46 sans modification Art. 47.I sans modification</p> <p>Art. 47 I bis (nouveau) - Le 3^e alinéa de l'art. L. par les dispositions suivantes : "Les établissements sont visités à des jours indéterminés une fois au par le procureur de la République. En outre, ce tés une fois par année, par les autres autorités</p> <p>Art. 47.II (sans modification).</p> <p>Art. 47III (nouveau) - Il est inséré dans le C.S.P tion III ainsi rédigée :</p> <p>Section III - Dispositions applicables à accueillants des malades atteints de troubles</p> <p>Art. L.353.2 - Toute personne soignée dans u privé, accueillant des malades atteints de troubles établissements visés au paragraphes I et II II du titre IV du livre III du présent code, dis</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'être informée à son admission de ses - de disposer à son gré de la liberté d'é communications téléphoniques ou du courrie - de recevoir des visites, - de refuser tout traitement et de prendr son choix pour en décider, - de disposer de la liberté de mouvement ment sous réserve du respect du règlement ir - de pratiquer la religion de son choix se <p>Art. L.353.4 - Les malades admis dans les éta L.353.2 ne peuvent se voir imposer des condi de celles qui sont réservées aux autres person blissements.</p> <p>Art. L.353.4 - Dans les établissements visés malade est atteint d'un trouble lui retirant tout ment il peut être transféré pour une durée ne p l'un des établissements visés aux paragraphes chapitre II du titre IV du livre III du présent c fert doit être accompagnée d'un certificat méé mes qui l'ont rendu nécessaire. A l'issue de c l'art. L.333 du présent code sont applicables.</p> <p>Art. 47.IV (nouveau) - Dans l'article L.355 du L.340, L.342, L.345, L.346 et du dernier alinéa placés par les mots : "des art. L. 340, L.342, néa de l'art. L.351 et des art. L.353.2, L.353.</p> <p>Art. 47 bis A (nouveau) - Dans le 1^{er} alinéa de fine, les mots "se pourvoir devant le tribuna l'établissement qui, après les vérifications néé lieu, la sortie immédiate" sont remplacés par simple requête devant le tribunal de grande ir tion de l'établissement qui, statuant en la form contradictoire et après les vérifications néce lieu, la sortie immédiate".</p>
--	---	---

Tableau de marche de la LOI PEYREFITTE où l'on voit que d'un projet-bluff, le Sénat tire la Loi à l'avantage des médecins et au repos de la

Chapitre II, Section II, Paragraphe 3

Dispositions relatives au contrôle (art. 46 du projet et 73 de la loi)

Art. L.332 - • Le Préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de la Santé Publique et de la population, le Président du Tribunal, le Procureur de la République, le Juge du Tribunal d'instance, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics et privés consacrés aux aliénés, ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux.

- ils recevront les réclamations des personnes qui y sont placées et prendront à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.
- les établissements visés au premier alinéa sont visités à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le Procureur de la République. En outre ces établissements sont visités, une fois par année, par les autres autorités visées au même alinéa. Il en est rendu compte aux autorités compétentes. (art. 74 I et II de la loi, 47 I et II du projet A.N. et 47 I bis du Sénat).

Art. L.351 - • Toute personne placée ou retenue dans quelques établissements que ce soit, public ou privé consacré aux aliénés ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou son 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 moment que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement, qui, statuant en la forme des référés, après débat contradictoire et 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.
- La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistré au débet.
- Aucune requête, aucune réclamation adressée, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par des chefs d'établissements, sous les peines portées à l'art. L.355 ci-après. (art. 74 III et 75 de la loi, 47 II du projet A.N. et 47 bis A du Sénat).

Section III (nouveau) - Dispositions applicables à certains établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux.

Art. L.353.2 (nouveau) • Toute personne soignée dans un établissement public ou privé, accueillant des malades atteints de troubles mentaux, à l'exclusion des établissements visés aux paragraphes I et II de la section II du chapitre II, du titre IV, du livre III du présent Code, disposent du droit :

- d'être informée à son admission de ses droits et devoirs,
- de disposer à son gré de la liberté d'émettre ou de recevoir des communications téléphoniques ou du courrier personnel,
- de recevoir des visites,
- de refuser tout traitement et de prendre conseil d'un médecin de son choix pour en décider,
- de disposer de sa liberté de mouvement à l'intérieur de l'établissement, sous réserve du respect du règlement intérieur de celui-ci,
- de pratiquer la religion de son choix sans discrimination (art. 74 IV de la loi et 47 III du projet du Sénat).

Art. L.353.3 (nouveau). Les malades admis dans les établissements visés à l'art. L.353.2 ne peuvent se voir imposer des conditions de séjour différentes de celles qui sont réservées aux autres personnes admises dans ces établissements. (art. 74 IV de la loi et 47 III du projet du Sénat).

Art. L.353.4 (nouveau). Dans les établissements visés à l'article L.353.2, lorsqu'un malade est atteint d'un trouble lui retirant tout contrôle de son comportement, il peut être transféré pour une durée ne pouvant dépasser quarante huit heures dans l'un des établissements visés aux paragraphes I et II de la section II du chapitre II du titre IV du livre III du présent code.

- La demande de transfert doit être accompagnée d'un certificat médical décrivant les symptômes qui l'ont rendu nécessaire. A l'issue de ce délai, les dispositions de l'article L.333 du présent code sont applicables. (art. 74 IV de la loi et 47 III du projet du Sénat).

Art. L.355 - Les contraventions aux dispositions des articles L.330, 333, 336, 337 du 2^e alinéa de l'article L.338, des articles L.340, 342, 345, 346 du dernier alinéa de l'article L.351 et des articles L.353.2, 353.3 et 353.4, et aux règlements pris en vertu de l'article L.331 ci-dessus qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de 180 à 10.800 F ou de l'une ou l'autre de ces peines. (art. 74.V de la loi et 47 IV du projet du Sénat).

vices neurologiques ou neuro psychiatriques des hôpitaux généraux, de toutes les cliniques "non soumises à la loi de 1838" des hôpitaux de jour et des foyers de post cure de tout établissement, quel qu'il soit, qui reçoit de fait des malades mentaux. Il semblerait donc, par exemple, que cela vise aussi les communautés thérapeutiques.

L'article suivant de cette section III, l'article ajouté L. 353.3 du C.S.P. prescrit que ces malades (les malades mentaux en service libre) doivent être soignés comme des "malades ordinaires" et "notamment qu'un établissement dit du secteur libre ne saurait utiliser ce que l'on appelle des "chambres de sécurité". (sénateur F. Collet, débats du sénat, J.O. du 18 nov. 80, page 4808b).

B/ Qu'est ce que cela va changer pour les malades en service libre ?

A priori on peut être sceptique, puisqu'en principe dans un service "libre" le malade pouvait disposer de tous ses droits, et était donc "libre" de partir s'il n'était pas satisfait, comme dans n'importe quel hôpital. En fait, il n'est pas si facile de sortir d'un hôpital contre l'avis du médecin.

Mais à la discussion lors de la réunion à St-Anne le 21 mars dernier dont j'ai parlé plus haut, les médecins "ouverts" ont opposé les "droits du malade" aux "droits du médecin". J'ai dû intervenir pour faire remplacer le mot "droits" par celui de "pouvoirs" du médecin. Ainsi, les psychiatres "ouverts" sont d'abord des psychiatres et pensent à eux avant de penser aux malades. C'est rappeler comme je l'ai fait ce que les psychiatrisés oublient trop facilement que le psychiatre est d'abord un médecin, c'est-à-dire que comme tout médecin, il dispose sur son malade d'un "pouvoir" et qu'il décide, décrète, opère, interdit, prescrit sans se soucier de son malade sur qui tombe ses oukases, sans qu'on daigne lui expliquer sa maladie, ses causes, son traitement, les conséquences heureuses ou moins heureuses de celui-ci, etc.

Si cela peut être vrai de tout médecin, comment cela ne serait-il pas encore plus grave lorsqu'il s'agit d'un psychiatre qui s'est arrogé le droit de "vous protéger contre vous-même" et qui, partant de là, se donne tous les droits sur vous-même ?

En fait, j'ai eu l'occasion "d'expérimenter" le statut des malades en placement libre. Allant voir depuis le 3 mai un ami en service libre, je l'ai mis au courant de ses droits, en l'exhortant à les revendiquer avec prudence. Le médecin a nié à mon ami ses "droits" contenus dans la loi "S.L." et l'a changé d'étage, pour un autre (étage) plus "fermé".

Quelles que soient les intentions des sénateurs Collet et Chérioux, qu'y a-t-il de changé en fait depuis la nouvelle loi ? Il nous faudra lutter très durement pour obtenir que les psychiatrisés jouissent de tous leurs droits et soient vraiment respectés.

La première chose à obtenir serait d'abord le respect de la loi, telle qu'elle était avant le vote de la loi "S.L." c'est-à-dire que les placements libres dans les HP, ne soient pas mélangés avec les P.V. et les P.O. comme c'est souvent le cas, car alors ils sont purement et simplement victimes de séquestration arbitraire.

C/ Quelle sera la portée réelle de l'article L.353.4 ajouté ?

Cet article prévoit que "pour une courte période en cas d'incident survenu en cours de soin, le malade peut être transféré dans un véritable établissement psychiatrique public ou privé (F. Collet, débats du Sénat, J.O. du 18 nov. 80, page 4808b). Il y a tout lieu de craindre en fait que cet article serve aux psychiatres à faire du chantage auprès des malades récalcitrants pour les amener à tout accepter. Sinon ils seront transférés pour 48 h dans un hôpital psychiatrique. Et si après 48 h ils n'ont pas "compris" ils tomberont sous le coup de l'article L.333 du C.S.P., c'est-à-dire seront mis en placement volontaire. Cet article L.353.4 est donc très dangereux, car il enlève toute valeur à l'article L.353.2

qui reconnaît les droits aux malades en placement libre. Il suffira aux psychiatres de menacer leurs malades de les transférer en H.P. pour 48 h pour leur faire faire tout ce qu'ils voudront.

C'est alors que pourrait se poser la question que j'ai moi-même soulevée, de la légalité du certificat médical permettant le transfert d'une section d'établissement non soumise à la loi de 1838 au reste de cet établissement, HP public ou privé (donc soumis à la loi de 1838) car si le certificat médical était signé par un médecin attaché à l'établissement (qui dans ce cas exercerait dans le service libre et à l'HP) ce certificat ne pourrait être accepté (L.333 2°, 2° alinéa).

Si les médecins et directeurs de l'H.P. reculent devant cette illégalité, ils auront la solution "légale" toute prête comme l'ont rappelé les psychiatres du syndicat (de la psychiatrie) : un médecin généraliste que l'on fera venir pour les besoins de la cause, et qui fera un certificat sans connaître le malade (en fait les psychiatres lui "dicteront" ce qu'il mettra dans son certificat) et alors les apparences de régularité seront sauvegardées aux yeux de la loi.

NDLR : — Nous avons dû corriger quelques termes et chiffres de B. Langlois pour le rendre soit compréhensible, soit exact. Nous ne pouvons ici laisser passer (ce qui prouve que les psychiatres à force de se moquer de la loi, ignorent la loi), le mélange entre cette modalité nouvelle d'un "transfert" de 48 h et les dispositions du placement volontaire (L.333). Nous y reviendrons plus tard.

2° Dispositions concernant le contrôle des établissements recevant des malades mentaux

Le contrôle des H.P. publics ou privés était jusqu'à maintenant organisé par l'art. L.332 du C.S.P. Cet article prévoyait des visites de contrôle dont certains étaient obligatoires, et d'autres facultatives.

- Visites obligatoires : le procureur de la république devait visiter une fois par trimestre les établissements privés, et une fois par semestre les établissements publics.

- Visites facultatives : d'autres personnes étaient chargées de visiter les établissements de soins, publics ou privés. C'étaient : le préfet, les personnes désignées par lui ou par le ministre de la santé publique, le président du tribunal, le juge d'instance, et la maire de la commune. Ces personnes pouvaient visiter ces établissements c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas obligées de le faire. Qui parmi les psychiatrisés a jamais vu l'une de ces personnes pendant son séjour à l'H.P., hormis le procureur de la république (quand on le voyait pendant sa tournée .)

(NDLR — Nous regrettons de dire que jamais aucun psychiatrisé, ni nous même n'avons vu, ni été abordé par le procureur de la République pendant nos séjours à l'H.P. Nous attendons des précisions de nos lecteurs là-dessus.)

C'est pourquoi le sénateur F. Collet après avoir rappelé tous ceux qui étaient chargés de visiter ces établissements ajoute : « En fait ils ne le font jamais ». (débat du sénat J.O. du 18 nov. 80, page 1808b).

L'art. 74 I et II (L.332 nouveau) de la loi S. L modifie le régime de contrôle en vigueur. Ces visites seront faites et dans les H.P. selon la loi de 1838 et dans tous les établissements "accueillants des malades soignés pour troubles mentaux", c'est-à-dire l'ensemble des structures relevant de la psychiatrie, comme énuméré au début de cet article. On distingue maintenant les visites du procureur de la république et celles des autres personnes.

- Visites du procureur de la république :

Tous ces établissements publics ou privés sans exception seront visités une fois par trimestre. C'est une nouveauté car

jusqu'alors les services libres n'ayant pas d'existence légale (ces services reposent sur des circulaires ministérielles non incluses dans la loi de 1838) n'étaient pas soumis aux visites de contrôle quelles qu'elles soient. Le rapporteur de la loi S.L. à l'assemblée nationale J. Piot écrit pourtant dans son rapport : « D'après les indications qui nous ont été communiquées, le procureur de la république procède déjà à la visite de ces établissements (les services "libres" des H.P. n'accueillant que des malades non placés au sens de la loi de 1838) ; il s'agit toutefois d'une pratique qui ne repose pas sur une disposition légale ». (rapport de la Commission des lois à l'A.N. n° 1785 par J. Piot, tome II, page 80). Je veux bien croire que certains procureurs de la république fassent ces visites, pour les services libres, des H.P. mais que tous les procureurs le fassent j'en attends la preuve pour le croire.

De toute façon, le champ des établissements à visiter est considérablement augmenté. Aucun de ceux accueillant des "malades mentaux" n'en est excepté.

- Visites faites par les autres personnes : Cessant d'être facultatives, ces visites deviennent obligatoires. Les différentes personnes énumérées plus haut devront visiter les différents établissements une fois par an, qu'il s'agisse d'H.P. ou de "services libres".

3° La sortie des établissements recevant des malades mentaux

A/ Qui peut faire appel au tribunal ?

Jusqu'alors seuls les malades internés en P.O. ou P.V. pouvaient s'adresser au tribunal pour obtenir leur sortie (L. 351 ancien). Désormais, les personnes placées en service libre pourront aussi demander leur sortie au tribunal (art. 74 III et L.351 nouveau). Selon J. Piot "la portée de la généralisation du principe du recours au juge posée par l'art. L.351 nouveau du C.S.P. est beaucoup plus délicate à apprécier. Que signifie en effet cette formule "d'habéas corpus" (ces deux mots latins exprimant un principe du droit anglais qui veut que tout citoyen emprisonné puisse recourir à un juge pour obtenir justice), de recours au juge pour obtenir la sortie immédiate d'un malade "libre" soigné dans un établissement privé alors que ce dernier n'est en principe assujéti à aucune obligation d'y rester, y étant supposé entré avec son assentiment et étant juridiquement libre d'en sortir" ?

« Sur un plan strictement juridique on peut s'interroger sur la nature du pouvoir ainsi dévolu au tribunal, dès lors qu'il n'y a pas plainte en internement arbitraire. Sur un plan plus pratique, il n'est pas prouvé qu'il n'y ait pas dans certains établissements privés, des cas de malades retenus, en quelque sorte contre leur gré, du fait d'un consensus entre la famille et le médecin. Le recours au tribunal, du malade et même d'office du procureur de la république peut, dans ces conditions sembler souhaitable.

Le tribunal aurait alors, non pas à assurer après expertise du bien fondé de la mesure de placement, mais à apprécier une situation de fait ; le malade libre est-il en fait retenu contre son gré dans un établissement privé qui n'a pas qualité pour le faire ? ». (rapport de la Commission des lois de l'A.N. n° 1785, tome II, page 80 par J. Piot).

B/ Simplification de la sortie par voie de justice

Le sénateur socialiste Michel Dreyfus Schmidt a proposé une simplification de la procédure par voie de justice (débat du sénat, J.O. du 18 nov. 80, page 1810a) : au lieu d'une décision rendue en chambre du conseil et sans délai

(C.S.P. L.351 3° alinéa, ancien) ce qui a les inconvénients suivants : on occupe 3 personnes, la décision n'est pas exécutoire immédiatement et l'intéressé, le malade mental, n'est pas présent, la décision sera rendue par le président du tribunal comme en matière de référés, en présence du malade intéressé (cet article 75 de la loi modifie le L.351 ancien du C.S.P.).

Je n'arrive pas à voir si le fait de remplacer la chambre du conseil par le seul président du tribunal, avec la présence de l'intéressé, rend le débat public, selon la requête constante du GIA. La nouvelle rédaction de l'article L.351 a supprimé la phrase : "elle ne sera point motivée". La non-motivation de l'ordonnance facilitait la sortie.

4° Perspectives d'avenir

Il n'est plus temps de tirer les conclusions des changements apportés à la loi de 1838 par les articles 73 à 75 de la loi S.L.

Le changement de majorité avec l'élection de F. Mitterrand le 10 mai a changé bien des choses. Parmi les projets du gouvernement socialiste, figurent l'abrogation de la loi S.L. et celle de 1838. L'abrogation de la loi de 1838 ne sera pas sans doute une priorité du gouvernement actuel. L'abrogation ou la modification profonde de la loi S.L. interviendra probablement avant.

Dans ces conditions, tant que subsistera dans le C.S.P. la loi sur les internements, je pense qu'il faut garder les articles 73 à 75 de la loi Peyrefitte ajoutée au dit code, sauf l'art. L.353.4 ajouté dont j'ai plus haut signalé le caractère dangereux (transfert pour 48 h dans un H.P. d'un malade en service libre, en cas d'incident en cours de traitement).

Il me semble souhaitable tant que durera la loi de 1838 que les visites du procureur de la république soient faites tous les trois mois pour les établissements publics et privés, que les visites facultatives soient faites une fois l'an, que les malades, même en service libre, aient la possibilité de s'adresser au juge pour demander leur sortie, selon une procédure simplifiée que les droits des malades en service libre soient respectés.

Il est bien entendu que tant que durera la loi de 1838, il faudra lutter pour que les internés (en P.V. ou P.O.) aient les mêmes droits que les malades en service libre. Les malades en service libre qui sont privés de leurs droits (avant même que ceux-ci soient consacrés dans la loi S.L.) sont en fait en état de séquestration arbitraire. Il semble que lors de la suppression de la loi de 1838, il faille renforcer les peines prévues par le code pénal contre la séquestration arbitraire pour le cas précis de malades mentaux privés de leurs droits par les médecins.

Pour la Commission loi du GIA Paris
Bernard LANGLOIS.

X - CRITIQUE DE "L'IMBUVABLE", par Chantal Beauchamp

Le 2 février 1981 est paru au Journal Officiel de la République Française le texte de loi voté par nos honorables députés, dit "Sécurité et Liberté" dont le projet avait été présenté par Alain Peyrefitte, Ministre de la Justice.

Un ministre, fût-il de la justice, n'est pas forcément un juriste. Et les députés de l'Assemblée Nationale, quoique législateurs, non plus. Ils peuvent même n'avoir aucune idée de ce qu'est une loi digne de ce nom; c'est la première, et non la moindre, leçon, qu'on peut tirer à l'analyse de la loi du 2 Février 81, du moins en ce qui concerne les passages modifiant certains aspects de la loi sur les placements psychiatriques, qui en constituent les articles 73, 74 et 75. L'ensemble de ces modifications est en effet empreint de cet esprit de confusionnisme mental si caractéristique des gestionnaires au pouvoir, qui leur fait aligner sans sourciller les pires absurdités, à côté des incohérences les plus risibles et des contradictions les moins surmontables, — tant il est vrai qu'il ne subsiste guère aujourd'hui, en fait de juristes, que de prétentieux tâcherons de la réglementation, qui n'illusionnent plus qu'eux-mêmes sur leur capacité à savoir faire encore des lois.

Pour comprendre l'analyse qui va suivre, il faut savoir — ce que les incompetents précédemment décrits ont, eux, voulu ignorer — que la loi reprise par le code de la santé publique, au Livre III, Lutte contre les fléaux sociaux, Titre IV, Lutte contre les maladies mentales, chapitres II à V, correspondant aux articles L 326 à L 355 inclus dudit code, est une loi sur les placements psychiatriques, dont la première version est la loi du 30 juin 1838. Les modifications apportées au fil des temps à cette loi de 1838, et antérieures à celles du 2 février 81, n'ont rien changé au point essentiel suivant : tous les articles du titre IV, chapitres II à V inclus, du code de la santé publique concernent exclusivement les établissements d'aliénés, les modes de placement des aliénés, les recours contre ces placements, ainsi que des dispositions financières et pénales concernant ces établissements précis et leurs responsables, étant entendu, et ceci est sans aucune ambiguïté dans la loi, qu'on appelle aliéné, non pas n'importe quel malade mental, mais celui dont l'état nécessite l'isolement en établissement spécialisé et le traitement forcé, c'est-à-dire ce qui constitue le placement psychiatrique, soit sous la forme du "placement volontaire" sur initiative d'un tiers, soit sous la forme du "placement d'office", qui est de la responsabilité de l'autorité préfectorale.

La Section II du chapitre II traite des diverses catégories d'établissements habilités à recevoir des aliénés; ses articles L 327 L 328, L 329, L 330, L 331 et L 332, sont la reprise, avec parfois des modifications de détail qui ne changent rien au fond, respectivement, des articles 2, 7, 3, 6, 5 et 4 de la loi du 30 Juin 1838.

L'article L 327 dit ceci : " les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés, sous la direction de l'autorité publique".

L'article L 328 précise : "Pour les établissements publics et les établissements privés faisant fonction d'établissements publics, consacrés en tout ou en partie au service des aliénés, il est établi, par arrêté du ministre de la santé publique et de la population, en ce qui concerne ledit service, un règlement intérieur de type ou, le cas échéant, des règlements intérieurs de type (...)".

Les articles L 329, L 330 et L 331 indiquent que des établissements privés peuvent aussi recevoir des aliénés en placement. L'article L 329 est ainsi rédigé : "Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique." Et l'article L 330 dit notamment : "Nul ne peut diriger ou former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement. (...) Les établissements (...) sont soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par le présent titre."

On ne saurait donc être plus clair. Il existe trois catégories d'établissements habilités à recevoir des aliénés : l'hôpital psychiatrique départemental public, l'établissement privé faisant fonction de public, et certains établissements privés spécialement autorisés à cet effet. Pour ces trois catégories,

la loi ne s'occupe que de ce concerne le service des aliénés, étant entendu que chaque type d'établissement ainsi défini peut par ailleurs, et en dehors de toute législation concernant les aliénés et leur placement, s'occuper de soigner des malades mentaux en cure libre.

C'est donc à l'intérieur de ce contexte juridique précis qu'interviennent les modifications apportées par la loi du 2 février 1981. Pour la commodité de la comparaison, nous donnons ici en parallèle, d'une part, le texte de la loi tel qu'il s'établit après les modifications, et d'autre part, le texte tel qu'il existait avant ces modifications.

NOUVELLES DISPOSITIONS

Titre IV, Chapitre II, Section II Paragraphe 3 :

"Dispositions relatives au contrôle"

L 332. Le Préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de la santé publique et de la population, le Président du Tribunal, le Procureur de la République, le Juge du Tribunal d'instance, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics et privés consacrés aux aliénés, ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y sont placées, et prendront à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. Les établissements visés au premier alinéa sont visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le Procureur de la République. En outre ces établissements sont visités, une fois par année, par les autres autorités visées au même alinéa. Il en est rendu compte aux autorités compétentes.

Ainsi, seule la périodicité des visites du Procureur étaient définies : une fois au moins par trimestre pour les établissements privés, une fois au moins par semestre pour les établissements publics.

La loi du 2 février 1981 supprime la distinction, dans les contrôles, entre établissements privés et établissements publics ou faisant fonction de publics : tous doivent être visités par le Procureur une fois au moins par trimestre; et règle la périodicité du contrôle des autres autorités : une fois par an. Il y a donc renforcement des contrôles formels.

Mais pour quelles catégories d'établissements précisément? Ici, la loi du 2 février 81 innove, puisqu'elle précise que c'est pour " les établissements publics et privés consacrés aux aliénés ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux." Cela ne changerait rien à l'ensemble, si cet ajout avait été rédigé ainsi : "ou les établissements consacrés, entre autres, aux aliénés." Mais cet article n'est pas rédigé ainsi, ce qui laisse penser que, dans sa rédaction actuelle, il signifie que tout établissement psychiatrique, y compris ceux qui ne sont pas habilités à soigner des aliénés, c'est-à-dire à recevoir des malades en placement psychiatrique, doivent être soumis à un contrôle des autorités.

On voit évidemment mal les autorités recevoir les réclamations des personnes placées dans une clinique psychiatrique non autorisée à soigner des malades en placement. A moins que cet article de loi ainsi modifié n'inaugure, sans le dire expressément, une quatrième catégorie d'établissements, les hôpitaux ou cliniques ordinaires, qui pourraient soigner des malades mentaux placés sans qu'il y ait placement, leur appliquer de force et contre leur gré des traitements sans qu'aucune loi spécifique ne les y autorise, recevoir dans leurs services des aliénés qui ne le seraient pas... On voit qu'on peut ainsi aller loin dans l'absurde et l'aberrant. Ce n'est hélas qu'un début !

Il est vrai, et peut-être est-ce là l'explication du flou de l'expression employée pour "définir" les établissements en question, qu'il y a, dans les établissements pour aliénés, également, des malades mentaux en cure libre, qui y sont parfois retenus illégalement de force; et, dans des établissements non habilités à interner, des malades dans la même situation.

Peut-être est-ce là la raison de ces contrôles renforcés. Cependant, ces détentions illégales et ces séquestrations de personnes sont d'une telle conséquence, puisqu'il s'agit de délits et de crimes, qu'une visite du Procureur une fois par trimestre apparaît comme une précaution bien légère. Si c'est contre cela que les rédacteurs de la loi veulent lutter, les armes qu'ils se donnent sont très insuffisantes et bien mal définies. La compétence d'un Procureur de la République en cette matière lui fait un devoir de traîner devant les tribunaux correctionnels et les cours d'assises les auteurs de ces délits et de ces crimes, dès qu'ils en ont connaissance, sans attendre que vienne le jour du contrôle trimestriel. Quant à leur répression, elle ne dépend pas des dispositions pénales spécifiques contenues dans la loi sur les placements psychiatriques, mais de celles du Droit commun. Il est donc totalement illogique d'inclure, dans la loi sur les internements, des dispositions de contrôle qui ne concernent pas les internés, mais des malades en cure libre. Mais cet illogisme juridique aboutit en fait, malgré une bonne volonté probable des rédacteurs de ces modifications, à banaliser ces pratiques illégales et leur contrôle, en les mettant sur le même plan que d'éventuelles irrégularités de placement.

L 351. Toute personne placée ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, consacré aux aliénés ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou son 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 désigné en vertu de l'article suivant pourront, à quelque moment que ce soit, se pourvoir par simple requête

devant le Président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement, qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et 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.

L'insistance mise, dans cet article, à déterminer les modalités de recours de toute personne placée ou retenue "dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, consacré aux aliénés ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux", nous oblige à confirmer notre première hypothèse : les rédacteurs, et ceux qui ont voté, ces modifications, ne reprennent pas l'expression "établissements visés au chapitre II", parce qu'ils ne savent pas exactement ce que c'est, et qu'ils ne savent pas eux-mêmes de quoi ils parlent.

Il faut bien savoir que, de même que la loi de 1838, reprise par le code de la santé publique, est une loi spécifique, s'appliquant à une catégorie ségréativement déterminée de sous-citoyens appelés aliénés (2), les recours qu'elle prévoit sont eux-mêmes spécifiques. Les modifications apportées par la loi du 2 février 81 à ces recours ne change rien à leur spécificité, si ce n'est que, alors qu'il était clair que cette spécificité était auparavant réservée aux aliénés, elle a l'air de s'appliquer maintenant à tous les malades soignés pour troubles mentaux, dans quelque établissement que ce soit. Nous voulons bien faire crédit au législateur d'une première étourderie, à l'article L 332, qui pourrait d'ailleurs être facilement corrigée, c'est-à-dire lui faire l'honneur de considérer sa confusion mentale, plus comme le fruit de son inconscience et de son ignorance, que comme la conséquence d'une *intention* précise et inavouable; mais ici la récidive dans l'erreur est trop évidente pour être fortuite.

Rappelons pour mémoire que ceux qui sont simplement soignés pour troubles mentaux, c'est-à-dire soignés en cure libre, fusse dans des établissements qui sont, par ailleurs, habilités à recevoir dans leurs services des aliénés, ne sont pas, eux considérés comme aliénés, sont en possession de l'ensemble de leurs droits de citoyens, qui n'ont pas à être protégés par la définition des recours spécifiques aux aliénés. Si la loi du 2 février 81 veut donner aux aliénés la possibilité de se pourvoir devant le Tribunal de grande instance, et non plus devant le Tribunal d'instance, si elle veut leur octroyer la possibilité de participer à un "débat contradictoire" sur leur cas, tant mieux

pour les aliénés. Mais les autres malades mentaux, ceux qui ne sont ni aliénés, ni placés, n'ont que faire d'une telle sollicitude, eux qui ont le droit de sortir de l'établissement de leur plein gré, sans avoir à quémander cette faveur du Tribunal, eux qui ont le droit d'exiger des autorités judiciaires qu'elles fassent ce qui est simplement leur devoir, lorsqu'elles ont connaissance de cas de détentions illégales ou de séquestrations dans des établissements psychiatriques : c'est-à-dire poursuivre en justice les délinquants et les criminels.

Comme on peut le croire, les rédacteurs de la loi du 2 février 81 savent tout de même ces évidences. Mais ils les savent mal, et à moitié. De même qu'ils n'ont pas une idée très claire de la différence de statut entre un aliéné et un simple malade mental, ils ont l'esprit particulièrement confus lorsqu'il s'agit de déterminer comment et dans quels établissements on peut subir un placement. Leur libéralisme en matière de recours contre un placement aboutit — si les modifications contenues dans leurs petites phrases, subrepticement glissées aux endroits les plus inattendus, ont un sens et une logique — à une extension de ces recours spécifiques à toutes les catégories de malade mental, c'est-à-dire à une restriction des droits que tout citoyen, qu'il soit malade ou en bonne santé, possède depuis le jour de ses dix-huit ans.

Nous prenons la précaution de dire : "si tout cela a un sens", car la suite pourrait laisser croire qu'il n'y en a aucun, que les innovations que nous avons vues ne signifient rien, si ce n'est la confusion elle-même.

A la suite de l'article L 353-1 du code de la santé publique, qui reprend, en les modifiant quelque peu, les articles 26, 27 et 28 de la loi de 1838 sur le placement des aliénés, et avant les articles L 354 et L 355, qui sont les articles 30 et 41 de la loi de 1838, sont insérés, d'après la loi du 2 février 81, trois articles, codifiés L 353-2, L 353-3 et L 353-4, qui ne concernent absolument pas les aliénés, mais, de toute évidence, les établissements non habilités à recevoir des aliénés, c'est-à-dire exclusivement les malades mentaux en cure libre. Que viennent faire ces trois articles, dont le contenu est en dehors de la loi sur les placements psychiatriques, à l'intérieur de cette loi, voilà le mystère que nous allons maintenant élucider.

Les articles L 353-2 et L 353-3 disent ceci :

"Dispositions applicables à certains établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux.

Article L 353-2. Toute personne soignée dans un établissement, public ou privé, accueillant des malades atteints de troubles mentaux, à l'exclusion des établissements visés aux paragraphes I et II de la Section II du Chapitre II du Titre IV du Livre III du présent code, dispose du droit :

- d'être informée à son admission de ses droits et devoirs;
- de disposer à son gré de la liberté d'émettre ou de recevoir des communications téléphoniques ou du courrier personnel;
- de recevoir des visites;
- de refuser tout traitement et de prendre conseil d'un médecin de son choix pour en décider;
- de disposer de sa liberté de mouvement à l'intérieur de l'établissement, sous réserve du respect du règlement intérieur de celui-ci;
- de pratiquer la religion de son choix sans discrimination.

Article L 353-3. Les malades admis dans les établissements visés à l'article L 353-2 ne peuvent se voir imposer des conditions de séjour différentes de celles qui sont réservées aux autres personnes admises dans ces établissements."

Il s'agit donc de déterminer, en en donnant d'ailleurs une liste assez restrictive, les droits des malades admis dans un "établissement public ou privé, accueillant des malades atteints de troubles mentaux." Tout le monde comprendra qu'il s'agit de établissements autres que ceux "publics ou privés, consacrés aux aliénés ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux." Nous avons vu plus haut que l'expression "ou accueillant des malades soignés pour troubles mentaux" était probablement

(2) Se reporter, sur ce point, aux analyses du CEEPP, entre autres son texte *Le CEEPP face à la législation psychiatrique*, Tours 1979.

un lapsus (ce qui, dans un texte de loi, est déjà un impair de taille !), car si cela n'en était pas un, cela signifierait que tous les établissements psychiatriques quelqu'ils soient seraient régis par la loi sur les placements psychiatriques; ce qui créerait quelques difficultés pour la recherche des autres catégories d'établissements.

Nous avons vu aussi qu'il ne s'agissait pas d'un lapsus gratuit et sans conséquence, mais au contraire d'une erreur révélatrice de l'ignorance des rédacteurs de la loi et de ceux qui l'ont approuvée, qui ne savent pas ce qu'est le statut d'aliéné, et qui ne savent pas non plus du même coup ce qu'est un citoyen libre.

Si notre hypothèse est juste, on en conclura alors que ces établissements définis à l'article L 353-2, et différents des précédents, sont bien les établissements psychiatriques non habilités à pratiquer des internements; sont donc visés, dans ces articles L 353-2 et L 353-3 les cliniques psychiatriques privées et les services psychiatriques publics ordinaires, qui ne peuvent recevoir que des patients en cure libre. Les établissements accueillant des malades "atteints de troubles mentaux" ne sont donc pas à confondre avec les établissements accueillant des malades "soignés pour troubles mentaux". Comme chacun le sait bien, la différence entre "atteint de" et "soigné pour" est tellement considérable qu'aucune ambiguïté n'est possible. C'est du moins ce qu'ont dû penser nos subtils rédacteurs, attribuant par là au lecteur moyen des qualités de finesse et de perspicacité exceptionnelles, à moins qu'ils ne l'aient senti, dès le départ, doué du sens aigu de la confusion mentale qui les caractérise. Quoiqu'il en soit, mieux vaut être atteint de troubles mentaux que soigné pour troubles mentaux : on vous reconnaît des droits... et des devoirs. Nous laisserons de côté le fait que les gens atteints de troubles mentaux vont dans les cliniques psychiatriques pour faire soigner ces troubles, car un tel niveau d'évidence risquerait de faire sombrer dans le plus profond ridicule la délicate distinction opérée par ces maniaques du style que sont les députés, entre "atteints de" et "soignés pour".

Mais qu'est-ce au juste que ce catalogue de droits ?

Nous avons cru naïvement jusqu'ici, et quelques jugements de tribunaux nous avaient conforté dans cette conviction, qu'un malade non soumis à une mesure de placement est, quoique malade, parfaitement libre juridiquement de ses mouvements, en particulier libre de faire le mouvement essentiel à nos yeux de *quitter* le lieu de soins qui l'accueille s'il le désire, même contre avis médical. Un malade non placé entre de son plein gré dans un établissement de soins psychiatriques ordinaires; il doit aussi pouvoir en sortir de son plein gré. Ainsi est encore régée la liberté individuelle en France.

Plutôt donc que de créditer le malade ainsi hospitalisé d'un droit de "refuser tout traitement", du droit de "disposer de sa liberté de mouvement à l'intérieur de l'établissement", ou de celui de "pratiquer la religion de son choix", etc... il eût été à la fois moins stupide et plus conforme au Droit, de se contenter de rappeler le droit élémentaire qu'a tout citoyen non soumis à une mesure de placement, de se faire soigner où il veut, s'il trouve un établissement pour l'accueillir, le droit de quitter cet établissement quand il veut si le traitement ne lui convient pas, s'il ne désire plus se faire soigner, ou pour tout autre motif qui le regarde seul.

Au point où nous en sommes, il est difficile d'accorder aux rédacteurs de ce texte de loi un esprit juridique, même modeste. C'est pourquoi nous pensons que si ce droit d'être libre, y compris libre de sortir, a été oublié, ce n'est pas parce que son évidence éclatante rendait son rappel inutile. Non, les députés ont oublié de mentionner ce droit parce qu'ils ne savent pas qu'il existe; puisqu'ils ne connaissent pas la différence de statut entre un aliéné et un malade mental simple, ils ne savent pas non plus que ce dernier est, jusqu'à preuve du contraire, et tant qu'il n'a pas été l'objet d'une mesure de placement, un libre citoyen. Mais sans doute ne savent-ils plus non plus ce que sont les droits du citoyen, puisqu'ils se permettent le luxe d'en faire le détail en omettant l'essentiel, et puisqu'ils s'offrent l'immense ridicule d'inclure ces droits, partiels et tronqués, à l'intérieur d'une loi qui régit les conditions de placement des aliénés, ces sous-citoyens par excellence.

(1) L'article L 333 est celui qui définit les modalités du placement volontaire, NDLR.

On remarquera enfin que les patients en cure libre qui sont soignés dans des établissements habilités par ailleurs à recevoir des aliénés ont été totalement oubliés; sans doute le législateur n'a-t-il pas pensé une minute que ces gens-là existaient aussi (ils forment l'immense majorité des hospitalisés en psychiatrie) et qu'ils avaient peut-être eux aussi des droits.

En somme, ils ne savent pas ce qu'est le Droit, et n'ont sans doute jamais vraiment compris ce qui le fonde. L'article 5 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 précise que "tout ce qui n'est pas défendu par la loi ne peut être empêché". Puisque donc il n'est défendu par aucune loi à un malade mental non aliéné, de se considérer, et d'agir, comme un homme libre, pourquoi s'ingénier à dresser un catalogue de droits que personne n'a jamais été en droit de contester, si ce n'est pour laisser croire au lecteur aussi naïf et ignorant que les députés eux-mêmes que cette modification de la loi *créerait* pour les malades mentaux des droits qu'ils étaient censés ne pas avoir, et se donner ainsi la possibilité de faire croire que cette liste de droits est limitative, et qu'en dehors d'eux, le malade mental n'en a pas d'autres ?

Aussi dérisoire que semble cette tentative à l'esbroufe de restreindre ainsi les droits des libres citoyens, elle n'en est pas moins caractéristique de ce que nous appelons l'esprit de la réglementation, l'esprit des gestionnaires qui ne se donnent plus la peine de savoir ce que veut dire légiférer, qui ne savent pas que lorsqu'on légifère pour garantir la liberté et les droits du citoyen, ce ne peut être que dans le cadre des droits communs à tous les citoyens, qui ne savent pas que ce seul rappel du Droit commun suffit à définir les droits. Entreprendre d'en rédiger la liste est une oeuvre aussi impossible que stupide, sauf si on a en réalité l'intention, sous couvert de définir des droits, de restreindre les droits existants. C'est la raison pour laquelle tout catalogue de droits particuliers est nécessairement restrictif par rapport au droit réel dont tout citoyen est apte à jouir, c'est-à-dire le droit et la liberté de faire tout ce qui n'est pas interdit par la loi.

L'article L 353-4 de la loi du 2 février 1981 est la manifestation totalement achevée de l'incohérence qui a présidé à la rédaction de ce tissu d'inepties. C'est de la quintessence d'absurdité.

Article L 353-4. Dans les établissements visés à l'article L 353-2, lorsqu'un malade est atteint d'un trouble lui retirant tout contrôle de son comportement, il peut être transféré pour une durée ne pouvant dépasser quarante huit heures dans l'un des établissements visés aux paragraphes I et II de la Section II du chapitre II du Titre IV du Livre III du présent code.

La demande de transfert doit être accompagnée d'un certificat médical décrivant les symptômes qui l'ont rendu nécessaire. A l'issue de ce délai, les dispositions de l'article L 333 du présent code sont applicables (1).

Pour éclairer le sens tout particulier de cet article ajouté à la loi, il faut savoir, d'une part, que les cliniques privées et les établissements psychiatriques ordinaires ont toujours eu le loisir de faire des demandes de transfert, pour telle ou telle raison, de leurs patients vers d'autres établissements, étant entendu qu'une demande de transfert en elle-même ne change que le lieu géographique où sont prodigués les soins, et non pas le *statut* du malade. Venant d'une clinique ou d'un hôpital psychiatriques ordinaires, un patient simplement transféré est *libre*, et le reste dans le nouvel établissement qui l'accueille. Depuis un établissement ordinaire, non soumis à la loi sur les placements psychiatriques, un patient peut être transféré s'il ne s'y oppose pas. Il est libre, donc de refuser le transfert s'il le veut, libre de sortir comme il l'entend de l'établissement où il est transféré.

D'autre part, les responsables de cliniques psychiatriques ou de services psychiatriques ordinaires ont toujours eu, aussi, le loisir, non pas de simplement transférer un malade d'un établissement dans un autre, mais encore de faire pour ce malade une demande de placement volontaire, conformément à l'article L 333 du code de la santé publique qui régit ce mode de placement. Il ne s'agit plus alors d'un transfert, mais d'une demande de placement sur laquelle le médecin de l'éta-

blissement habilité à recevoir des aliénés doit se prononcer dans son certificat dit de "vingt quatre heures", dans les vingt quatre heures où le placement prend effet. Il est important donc de ne pas confondre transfert et demande de placement, car le statut du patient, et ses conditions d'entrée dans le nouvel établissement, ne sont pas les mêmes.

Or, l'article nouveau L 353-4, précisément, confond les deux, parce que ses auteurs ignorent la spécificité de l'un et l'autre. Si cet article a un sens, — nous prions le lecteur d'excuser ce luxe de précautions, qui s'impose, dans la mesure où nous cherchons, nous, un sens aux écrits d'analphabètes qui ne savent pas même lire ce qu'ils écrivent, mais dont l'ignorance et les non-sens ne sont cependant ni gratuits, ni placés là par hasard—, si donc, tout cela a une logique, c'est celle d'une tentative pour instaurer un nouveau mode de placement, intermédiaire entre l'hospitalisation libre et le placement volontaire, un nouveau mode de placement transitoire, appelé transfert, qui, sous couvert d'un simple transfert technique de prise en charge, induit implicitement une modification dans le statut, le malade passant de citoyen libre à aliéné. Nous avons vu qu'en droit, le simple transfert ne peut se faire qu'avec l'accord du patient, car il n'y a qu'aux aliénés que l'on puisse imposer des mesures thérapeutiques, et un patient, venant d'un établissement ordinaire, pour qui aucune demande de placement n'a été faite, n'est pas aliéné. Mais ceci, l'article L 353-4 ne le dit pas; on peut légitimement se poser la question: les auteurs de cet article le savent-ils seulement ?

L'article précise qu'au bout de quarante huit heures d'un tel "transfert", il faut appliquer l'article L 333, qui demeure inchangé. Mais l'article L 333 est formel :

Article L 333. Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne peuvent recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale s'il ne leur est remis :

- 1) une demande d'admission, contenant (...)
- 2) un certificat de médecin (...)

Suit la description des modalités strictes de rédaction de cette demande, qui n'est pas une demande de transfert, mais une demande de mise en placement volontaire, et de ce certificat, qui n'est pas une simple ordonnance d'hospitalisation, mais un certificat dont la rédaction et le rédacteur doivent obéir à des règles précises.

Ainsi, l'article L 333 précise bien que, dans le cadre de l'établissement soumis à la loi sur les placements, on ne peut pas placer avant que les formalités du placement ne soient faites. Le directeur d'un établissement pour aliénés qui accepterait de garder autoritairement dans son service, même pendant quarante huit heures, un malade qui ne serait pas en placement, se mettrait en contravention grave avec l'article L 333, et pourrait légitimement encourir les sanctions pénales précisées à l'article L 355. De plus, ce n'est pas à l'établissement d'aliénés d'effectuer les démarches préalables nécessaires au placement. Toute ingérence de cette sorte est une violation de l'article L 333, passible des mêmes peines.

Le type de "transfert" transitoire entre la cure libre et l'internement psychiatrique, tel que le définit l'article L 353-4, est en contradiction formelle et totale avec l'article L 333 sur les placements volontaires, inchangé. De telle sorte que cet article L 353-4 induit l'illégalité et l'abus de pouvoir dans la loi elle-même. Il aboutit, si on se refuse à la violation de l'article L 333, à une impasse juridique, puisque l'internement n'est pas possible; ou bien à une violation de cet article L 333, et donc à des internements illégaux. Il n'est pas possible de trouver de justification juridiquement fondée à cet article ajouté. C'est une pure aberration, dont il est légitime de chercher les motivations cachées (y compris probablement aux yeux de leurs auteurs) dans la nécessité de nier la spécificité du statut d'aliéné, pour l'appliquer à tout malade mental.

Les inconcevables confusions qui émaillent ces modifications à la loi sur les internements tendent toutes (y compris là où elles semblent intervenir en faveur des droits des malades) à supprimer la distinction entre l'aliéné et le malade ordinaire, non pas pour supprimer le statut d'aliéné, qui demeure, mais pour réduire tout malade mental à ce statut, plus ou moins aménagé.

Rappelons que l'application du statut d'aliéné à un individu en fait un objet de soin forcé; qu'en droit, nul ne peut être contraint à un soin s'il n'est pas réduit au statut d'aliéné; que nul ne peut "bénéficier de la protection de la loi de 1838" s'il n'est pas aliéné, étant entendu que la protection d'un individu par une loi spécifique lui définissant des droits particuliers est une restriction de sa liberté et de ses droits fondamentaux.

L'incohérence qui se dégage des modifications apportées à la loi sur les placements psychiatriques est l'incohérence même de la pensée de leurs auteurs, n'en déplaise à Monsieur Alain Peyrefitte, ministre de la Justice, qui gratifiait, lors du débat parlementaire sur la loi du 2 février 81, son rapporteur à l'Assemblée Nationale du qualificatif de "juriste accompli". Les députés ont de quoi être fiers de compter dans leurs rangs des juristes accomplis de cette sorte. Parce qu'ils ne savent pas ce qu'est un malade en cure libre, et ce qui la différence d'un aliéné, ils ont fabriqué une loi qui tend à ignorer cette différence essentielle. Et puisqu'ils ne savent pas ce qu'ils font, ils ont fait n'importe quoi, —un n'importe quoi à partir duquel il serait d'ailleurs facile de faire, par quelques juristes compétents et conscients, une "bonne" loi sur la maladie mentale et son traitement forcé, une "bonne" loi qui annoncerait dans son principe et réaliserait dans ses articles, la réduction de tout malade à un pur objet de gestion sanitaire, une loi de 1838 pour tout malade, en quelque sorte. Si le législateur n'a pas encore fabriqué cette loi-là, nombreux sont en revanche les psychiatres qui y pensent, qui l'appellent de leurs vœux, et qui l'anticipent dans leur pratique quotidienne.

Ce n'est évidemment pas parce que nous souhaiterions une "bonne" loi de cette sorte que nous avons ici critiqué l'absurdité des modifications apportées à la loi sur les placements psychiatriques. C'est en réalité à cause du contraire. Les modifications en question nous donnent un aperçu, incomplet et passablement incohérent, de ce que pourrait être une loi faisant de tout malade un simple objet de gestion sanitaire. L'incompétence de ces "juristes accomplis" n'est en fait qu'un avatar du juridisme et du Droit, —avec lesquels une loi à ce point réductrice du droit des citoyens n'est cependant pas en contradiction fondamentale.

Il faut bien se rappeler en effet que, lorsque les révolutionnaires définissaient en 1789 le statut de citoyen, ils avaient aussi à l'esprit l'idée d'exclure de la citoyenneté tous ceux qui n'en étaient pas dignes, selon la logique de l'Esprit des Lumières: "La liberté est un présent du ciel, et chaque individu de la même espèce a le droit d'en jouir aussitôt qu'il jouit de la raison" (1). De telle sorte que, après avoir codifié la liberté du citoyen, ils cherchèrent le moyen de réduire les droits de ceux qui pouvaient se montrer incapables de jouer le jeu d'une telle liberté, et d'assumer leur rôle de citoyen. Ce problème politique ne sera réglé qu'avec la solution technique de la loi de 1838, qui crée le statut d'aliéné, de celui qui, parce qu'il ne peut exercer librement une raison prisonnière de la maladie mentale (là réside son aliénation mentale), ne peut donc jouir ni de cette raison, ni de la liberté qui y est attachée (là réside son statut d'aliéné), ne peut donc être considéré comme un citoyen à part entière.

C'est parce que nous critiquons la réduction de l'individu au rôle de citoyen que nous critiquons le statut d'aliéné, que nous critiquons la réduction de tout malade au statut d'objet de soins, —et que nous critiquons l'incompétence des faiseurs de lois, qui sont dans la droite ligne de cette logique, en ayant l'inconscience de ne pas le savoir. S'il importait donc de critiquer les modifications apportées par la loi du 2 février 1981 à la loi sur les placements psychiatriques, c'est parce qu'il importe encore plus de critiquer l'ensemble juridique qui fonde une loi sur les placements psychiatriques, et donc de critiquer encore plus le Droit lui-même, qui contient en lui le principe de toute réduction de l'individu à un statut: celui de citoyen.

On comprendra ainsi pourquoi cette analyse particulière d'une loi particulièrement absurde n'est pas un plaidoyer pour une bonne législation, mais l'occasion de montrer le processus en voie d'achèvement par lequel les institutions sociales, pour assurer leur reproduction, codifient les rôles, normalisent les comportements, et gèrent les déviations.

Chantal Beauchamp.

1. Nous avons vainement attendu de Peyrefitte la circulaire prévue concernant l'application de ses articles et son application légale avec les articles du C.S.P. déjà existant.

La critique d'un texte de loi ne peut être qu'une critique légaliste, envisageant sa conformité ou non avec les textes déjà en vigueur, afin d'y déceler les incomptabilités possibles et donc les recours ultérieurs à prévoir si on veut le combattre et le faire annuler. (c'est de cette façon ne l'oublions pas que les groupements de la Loire Atlantique ont combattu et obtenu l'annulation du système G.A.M.I.N.

2. Des trois critiques précédentes, celle de Chantal Beauchamp est la seule qui convienne de ce point de vue, les deux autres sont des approximations et des arrangements de circonstance. Nous regrettons donc fortement que des organisations comme le S.P. (syndicat de la psychiatrie) et le S.M. (syndicat de la magistrature) surtout aient laissé passer les monstruosité juridiques que sont les articles 74 et 75 de la loi S.L.

3. Si l'on relit les articles 74 et 75 de la loi S.L. on s'aperçoit que le leit motiv en est le "trouble mental" (atteinte de, soigné pour, recevant des) or, la loi de 1838 actuelle ne concerne et ne définit comme catégorie justiciable d'un placement que les "aliénés". C'est déjà beaucoup trop puisque nous combattons la loi de 1838 appliquée aux "aliénés".

Par un risque et un amalgame intolérable et sous prétexte de les défendre, les nouveaux articles assimilent sans droit aucun, et avec un profil amenant tous les abus, le terme de "trouble mental".

Et là, nous retrouvons le grain semé par la proposition d'H. Caillavet qui justement avait introduit ce ripage de sens (art. L.333 du projet : "les chefs ou préposés... ne peuvent recevoir une personne atteinte de troubles mentaux présentant un danger de sécurité..." et "le tribunal compétent est celui du domicile ou du lieu de résidence de la personne atteinte de troubles mentaux").

Même si nous n'avons pas la prétention de donner une définition de l'aliéné et si, comme les juristes de 1838 le faisaient remarquer, le simple bon sens y suffit, et nous n'avons pas besoin des aliénistes pour cela, il s'avère de façon évidente que toute personne se risquant à une "faute de comportement" se verra taxée d'un quelconque "trouble mental" par un psychiatre empressé. Nous voyons où cela mène.

L'amalgame ainsi créé dans la loi et dans l'esprit (on y travaille fermement) conduit en douceur à une loi d'exception quelle qu'elle soit concernant l'ensemble des "déviation partielles ou totales du comportement". C'est, très grave. N'oubliez pas que celui qui est contre la guerre, le travail au rendement, le nucléaire ou le progrès et qui en pose les actes (car il faut cela en plus) est un "déviant" dans l'esprit de nos dirigeants et donc dans celui des psychiatres.

4. Art. L.332 nouveau du C.S.P. (art. 74 I et II de la loi SL) Chantal Beauchamp dit tout ce qu'il y a à dire. Ajoutons que ce contrôle superficiel et illusoire n'a jamais délivré personne. On voit mal un procureur visitant 1 000 à 3 000 malades en une ou deux heures et, comme on lui cache ce qu'on veut, disons qu'ils ne servent à rien, sauf à se donner bonne conscience.

Personnellement j'ai eu à côté de moi pendant 16 mois un camarade qui écrivait chaque jour au procureur, toutes ses lettres sont restées au dossier et il n'a jamais vu le procureur. Il est mort interné et rivé à sa plume.

5. Art. L. 351 nouveau du C.S.P. (art. 75 de la loi S.L.) Chantal Beauchamp dit encore tout ce qu'il y a à dire. J'insiste sur la LIBERTÉ ABSOLUE et LEGALE qu'a toute personne de sortir quand elle veut et COMME elle le veut si elle n'est ni en P.V. ni en P.O. Toute entrave à cette liberté du DROIT COMMUN est passible de la plainte en SEQUESTRATION.

Ce n'est donc pas un droit nouveau qu'on donne mais subrepticement on veut faire croire à ces personnes qu'elles ne dépendent plus du droit commun et général. De plus, on atténue légalement et de façon évidente la peine encourue par un psychiatre ou directeur. Ces derniers n'encourent plus les assises (pour séquestration) mais peut être un simple reproche tout formel (par exemple "avoir retenu sans raison médicale suffisante").

6. L. 353.2 et L.353.3 nouveaux du C.S.P. (art. 74.4. de la loi S.L.)

Là encore, se reporter aux commentaires de Chantal Beauchamp. Le premier des droits, entrer et sortir quand on le désire n'est même pas mentionné, ce qui est une MONSTRUOSITÉ par rapport au droit français.

Par contre, je serais bien moins affirmatif qu'elle quand au degré d'incapacité juridique de nos députés proposeurs plus haut cité. Il me paraît au contraire probable que le lobby psychiatrique en place depuis le projet Caillavet a bien muri l'occasion qui lui était donnée. Si l'on réfléchit bien, la psychiatrie privée s'est couverte de façon astucieuse contre toute attaque légale. En effet, une fois dans ses mains, soit on est sage et on reste le temps qu'il faut avec le traitement décidé (unilatéralement bien sûr ; ne croyez pas un seul instant que le généraliste qui a refilé le malade au spécialiste psychiatre va se permettre de le discuter ! Ils sont comme cul et chemise !) soit on n'est pas "sage" et l'H.P. devenu C.H.S. vous attend pour 48 h et plus puisque le psychiatre décide unilatéralement (voir plus loin). Le tour est joué.

Par ailleurs, c'est une bonne opération financière puisque le privé ne garde que les "bons" malade et refilé les "mauvais" au C.H.S.

Ce lien pour moi très précis entre la pratique médicale, ses intérêts, ses inconvénients possibles et la législation ne sont également pas tout à fait d'accord avec le livre de Marcel Jaeger "Le Désordre Psychiatrique".

A titre d'information, il est utile de signaler que l'affaire V. Lahoz est restée un an et demi à la Cour de Cassation sans être jugée alors que sa présentation et sa limpidité ne motivait aucun retard. Il s'agissait d'une Séquestration en clinique privée, Or, par hasard, le vote de la loi Peyrefitte, et l'arrivée de la "gauche" le 10 mai ont remis ce "mauvais" dossier (mauvais pour les cliniques privées, puisqu'il y avait enlèvement de force et séquestration en cellule d'au moins quinze jours) à la surface. Que croyez-vous que donne Peyrefitte plus la gauche ? Je vous le donne en mille : LE NON LIEU.

Que ceux qui se réjouissent (un peu) du semblant de "libertés" que les articles dont nous discutons, se méfient grandement. Qu'ils se méfient de l'avocat Badinter et du causant Ralite. Nous attendons encore de leur bouche le premier mot de défense des psychiatisés alors qu'ils n'ont que des sourires et des ronds de jambe pour les psychiatres. Ca part très mal.

7. L. 354 nouveau du C.S.P. (fin de l'art. 74 de la loi S.L.)

Ici encore, prière de vous reporter au commentaire de Chantal Beauchamp et à l'ensemble de sa conclusion.

8. Et pour l'avenir !

Il est bien évident que malgré ses illégalités, ses impasses juridiques, ses non conformités avec la constitution et autres, la loi est applicable puisque les assemblées sont "le peuple souverain".

Il est non moins évident que dans toute affaire à venir et concernant ces nouveaux articles, avocats et juges seront en droit de relever et de mettre en porte à faux le nouvel existant avec le matériel juridique antérieur, sinon à tenter à cette occasion un autre procès.

Il est par contre sûr, comme dit au début, que nous devons mettre le S.P. et le S.M. et d'autres groupes s'intéressant au problème en demeure de ne pas mépriser à ce point le droit et les libertés de la personne, et donc des psychiatrisés, de ne pas faire le jeu, sous prétexte de "gauche", d'une réaction psychiatrique attente, comme dit en détail, au droit commun.

Nous leur demandons et espérons, car ils sont les deux groupes les mieux placés et au courant, qu'ils vont :

— soit demander l'annulation pure et simple des articles 73 à 75 de la loi S.L. incluse dans le C.S.P.,

— soit tenter un recours fondé devant le Conseil Constitutionnel.

Nous sommes prêts évidemment à leur apporter toute l'aide qui sera nécessaire.

Les psychiatrisés, de leur côté, doivent :

— défendre d'arrache-pied la totalité de leurs droits (le droit complet de toute personne libre) aussi bien dans le privé (les cliniques) que dans les H.P.,

— ils doivent s'opposer de toute leur force à tout transfert, s'ils ne sont pas d'accord, du privé ou de l'hôpital général à l'H.P.

MISE A PIED est là pour les soutenir, faire connaître ce qu'il faut, et intervenir ou il le faudra.

**NON A LA LOI DE 1838
NON AU PROJET CAILLAVET
NON A LA LOI PEYREFITTE
LE DROIT COMMUN POUR TOUS !**

MISE A PIED et les ELECTIONS

Certains de nos correspondants et des lecteurs sans doute, nous ont et se sont demandé pourquoi nous n'avions pas parlé des élections. Les raisons sont nombreuses :

1. La population psychiatrique n'intéresse pas les éligibles, dans sa majorité elle ne vote pas, et c'est de loin le point le plus important face aux professionnels de la politique.

2. Les ex-psychiatrisés sont répartis dans l'ensemble des tendances.

3. Les "militants" contre le fait psychiatrique sont négligeables en tant que groupe de pression.

4. Nous avons déjà assez de mal à nous mettre d'accord sur des faits précis, sans aller le compliquer par des tendances et théories préemptives.

5. Deux cent ans ou presque de psychiatrie nous ont montré que tous les gouvernements sans exception, nous considéraient comme des irresponsables.

6. Quand le gouvernement est "progressiste" il va consulter les psychiatres "progressistes" qui assurent ainsi leur position, mais pas la nôtre.

7. L'opposition des buts et moyens est constante entre les psychiatrisés et les syndicats "officiels" de la santé mentale.

La discussion pourrait continuer longtemps sur ce sujet...

IMPORTANT

1. LE SYSTEME G.A.M.I.N. STOPPÉ !

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a donné un avis défavorable au système G.A.M.I.N. qui fiche l'ensemble des petits français à leur naissance sous de multiples aspects et critères.

Pour plus de détails, s'adresser à J.-Pierre, 18 quai Rageot de la Touche - 44500 La Baule.

Il y avait eu aussi un recours de la part d'organisation de la Loire Atlantique devant le Conseil Constitutionnel si notre mémoire est bonne.

Couvert par cet "avis", parents, médecins et services médicaux ne devraient plus, dans les Formulaires en trois exemplaires, demandés par les DDASS, PMI et Allocations Familiales à la naissance, remplir que les indications nécessaires au paiement des allocations (nom, prénom et adresse) à l'exclusion de tout autre.

2. RECONNAISSANCE PAR LA FRANCE DU DROIT DE RECOURS INDIVIDUEL DEVANT LA COMMISSION DE STRASBOURG.

(Le Monde des Dimanche 4 et Lundi 5 octobre 81).

Strasbourg - Depuis le vendredi 2 octobre tout individu qui s'estime victime d'une violation par la France de la convention européenne des droits de l'homme peut saisir la commission de Strasbourg. ("Le Monde" du 1^{er} octobre). Il suffit pour cela, d'écrire au Conseil de l'Europe, 67006 Strasbourg Cedex. Une seule condition, s'être pourvu en cassation, c'est-à-dire avoir épuisé les voies de recours interne.

Cette facilité — offerte désormais à tous ceux qui auront à se plaindre des juges et de la loi française — a été saluée, vendredi à Strasbourg par MM. Robert Badinter et André Chandernagor, comme un fait historique. Pour le ministre chargé des affaires européennes, la reconnaissance par la France du droit de recours individuel prévu à l'art. 25 de la convention couronne "des années d'espoir". Pour le ministre de la justice, qui a officialisé avec son collègue cette reconnaissance, elle est "un acte de foi de la France en sa justice et en ses institutions".

"La France, a déclaré M. Badinter, témoigne à nouveau de sa volonté de conduire une politique exemplaire au service des libertés". Il a cité à ce propos la suppression de la Cour de sûreté de l'Etat et l'abolition de la peine de mort, ainsi que les futures réformes du code pénal et du statut de la magistrature. Mais, comme l'a dit M. Chandernagor, « aucun Etat n'est à l'abri d'une défaillance ».

La reconnaissance du droit de recours individuel est une sécurité supplémentaire. Il n'a été assorti par la France d'aucune restriction. C'est ainsi que la commission de Strasbourg peut désormais être saisie des violations présentes et à venir des droits de l'homme, mais aussi, si on se réfère à la jurisprudence de la Cour, des manquements à la convention intervenus depuis la ratification de celle-ci par la France en 1974. Pour tous ces manquements passés, le justiciable a six mois pour saisir la commission (c'est par erreur que nous avons indiqué dans *Le Monde* du 1^{er} octobre qu'il lui fallait attendre six mois).

On imagine les perspectives offertes par cette rétroactivité. Les homosexuels condamnés en application de l'article 331, alinéa 2 du code pénal, pourraient porter plainte pour discrimination, de même que les personnes victimes au cours des sept années écoulées d'une détention arbitraire ou d'une violation des droits de la défense. Des affaires "classées", comme celle des micros du *Canard enchaîné*, pourraient ressortir des dossiers, à l'initiative des intéressés.

La satisfaction affichée par les deux ministres doit être néanmoins tempérée. Le gouvernement de M. Mauroy n'a pas renoncé aux réserves faites par la France en 1974, au moment de la ratification de la convention. Ces réserves et déclarations ont pour objet d'affirmer que la France ne se sent pas engagée par sa signature au cas où la Cour de Strasbourg aurait à se prononcer sur trois séries de dispositions du droit français : l'article 16 de la Constitution, le régime des sanctions dans l'armée et le monopole de la radiodiffusion. Cela ne fait pas obstacle au droit de recours individuel basé sur les dispositions correspondantes de la convention, mais ces réserves auront nécessairement des incidences sur les décisions de la Cour.

M. Chandernagor a justifié le maintien de ces réserves par la nécessité de ratifier rapidement l'article 25, et a déclaré que la question serait réexaminée lorsque les lois nouvelles sur la justice militaire et l'audio-visuel auront été votées. M. Badinter prédit que les réserves concernant l'article 16 de la Constitution seront maintenues par le gouvernement quoi qu'il advienne.

Bertrand Le Gendre

NOUVELLES DIVERSES

1. LA RENCONTRE DE CLEVELAND, OHIO, ETATS-UNIS

Du 21 au 26 août, s'est tenu à Cleveland la 9^e rencontre internationale sur les "droits de l'homme" et "l'oppression psychiatrique". Les internés actuels et passés, en psychiatrie y ont échangé leurs idées, nouvelles et projets, et apporté leur concours à l'extension de leur mouvement. Les organisateurs sont fiers d'avoir pu tenir cette rencontre dans le "Midwest" bastion sans doute de répression psy. Pour se conformer aux décisions de l'année passée cette rencontre était ouverte aux ex et actuels "malades mentaux" (mental patients) et aux non malades mentaux qui appartiennent à des groupes de lutte contre la psychiatrie (anti psychiatric system activists) et sont approuvés par une organisation d'ancien "malades".

Nous attendons actuellement le résultat imprimé de cette rencontre.

2. RELATIONS AVEC LES GROUPES AMERICAINS

• A.P.A.P.A. (Association for the preservation of anti psychiatric artifacts) box 9, Bayside, N.Y. 11361.

• NAPA (network against psychiatric assault)
1744 University Avenue, Berkeley, CA 94703.

• M.N.N. (Madness network News).
P.O Box 684 San Francisco, California 94101.

Surtout avec la dernière de ces organisations nous avons commencé un échange de presse et d'informations utiles. Il faut évidemment pouvoir traduire en américain car ils ne connaissent pas le français. Leurs nombreuses études sur les traitements en psychiatrie (dont le n° 14 de MAP est tiré en partie) explique de notre côté notre frein à la publication trop rapide de la brochure. "Les dangers des médicaments et des traitements en psychiatrie".

MNN publie un important journal mensuel très clair et détaillé sur les pratiques psy.

3. DE HOLLANDE

Jaap Valkhoff

Postbus 16669, 1001 RD Amsterdam Holland, nous indiquant un échange de correspondance l'intérêt de la rencontre de Cleveland (il a été à la 8^e rencontre à Berkeley l'année dernière). Il nous indique également que se tient du 21 au 25 septembre à Leuven, Belgique "Là des professionnels de l'anti-psychiatrie vont discuter des "alternatives" à la

psychiatrie. La conférence se tient sous les auspices de "l'international Philadelphia association" (?) et "rassemblera des noms aussi connus que D. Cooper, L. Mosger, S. de Bat-selier, M. Mannoni, R. Laing et autres... Le sujet de la conférence est la "stratégie des petits pas" (small scale strategy) et les efforts à faire pour réformer le système psy aux USA, en France, Belgique et Italie. Adresse de la conférence : "Small Scale Strategy", Fons Baets, Blijde Inkomststraat 5 B.3000 Leuven, Belgique.

4. VIE ET ACTION

Mensuel, 388 Bd Joseph Ricord, 06140, Vence. "Vie et Action" association sans but lucratif (1901) suscite des travaux, diffuse des cours et organise des colloques, conférences et congrès sur les problèmes de la culture humaine, de la psychologie, de la sociologie, de l'orientation et de la formation professionnelle et de la psychosomatique naturelle (santé mentale et physique par les méthodes naturelles).

Le n° 121 de juillet contient un article sur la nocivité des médicaments en général et de quelques psychotropes en particulier.

5. BANKALEMENT VÔTRE

Le mouvement de lutte des Handicapés a lancé depuis mars 81 le journal "Bankalement vôtre". L'adresse est 36, rue des Haies 75020 Paris.

L'abonnement est de 25 F pour 6 numéros et de 50 F pour 12 ; chèque à l'ordre de Ragot Violette à l'adresse ci-dessus.

(N° 01) "Sa volonté (du journal) est d'être une presse d'opinion, d'informations, de luttes, d'analyses politiques sur un QUOTIDIEN vécu et subi par tous et toutes, valides ou handicapés(e)s, jeunes ou vieux (vieilles) !

Pourquoi ? Il est important, urgent que les personnes concernées par les différentes appellations de l'anormalité ou de l'inaptitude prennent la parole ou mieux encore l'OTENT à ceux et à celles qui ont pris l'habitude détestable de parler en notre nom et contre nos intérêts immédiats, s'assurant ainsi une carrière... un pouvoir ! Il est vital pour nous tous et toutes de prouver que c'est volontairement que nous sommes exclus, que nous n'avons pas droit de cité en tant que citoyens (ne) à part entière... A partir du n° 1, paraîtront les rubriques suivantes : juridiques, sexuelles, vacances, techniques, annonces, services (pas de cul !) tribunes libres, droit de réponse, courrier des lecteurs".

Dans le numéro 3 de septembre nous trouvons un article sur la rencontre au ministère de la solidarité entre le secrétaire d'Etat M. Moreaux et les organisations suivantes, C.D.H.R., C.E.L.A.P.H., M.D.H., G.I.A. (ndlr - il s'agit du GIA Paris) tous confondus en un collectif d'associations (non gestionnaires) de défense des personnes handicapées physiques et mentales, créé en mai 81 sur la base d'une plateforme unitaire de revendications. L'article est intitulé "des roses et du vent". On y soulève beaucoup de problèmes mais sans engagement aucun, sauf pour l'augmentation de l'A.A.H. (aide aux adultes handicapés).

Ceci a été confirmé récemment dans la presse par Mme Questiaux.

Un autre article de Aïcha sur la loi d'orientation de 75 sur les handicapés expliquant ce que sont les commissions CDES et COTOREP.

Adresses pour la Bretagne, B.V. Librairie Graffitis, 29280 Brest; pour Midi-Pyrénées, Albert Vinas, Centre Pierre Hanzel, Rieux 31310 Montesquieu Volvestre.

6. LE SYNDICAT DE LA PSYCHIATRIE (S.P.)

Il a organisé deux réunions publiques les 21 mars et 2 mai 81 à la "Chapelle St Anne", Hôpital St Anne à Paris.

Les sujets en ont été : l'expertise psychiatrique - lieu d'alternatives, avec le SAF, SM et SMG,

La psychiatrie dans la loi Peyrefitte,

La psychiatrie, les mineurs, les lois,
Les interdictions professionnelles sur critère de personnalité, et la politique du ministre Barrot dans sa restriction générale et détaillée des crédits aux H.P.

Le 3 et 4 octobre il a tenu son A.G. à Paris et nous a communiqué les textes votés :

Communiqué de Presse

Le Syndicat de la Psychiatrie accueille avec une vive satisfaction le discours du Ministre Jacques RALITE lundi 12 octobre à Sotteville-lès-Rouen. Ce discours constitue selon nous, un événement socio-politique et humain important dont la portée dépasse, et de loin, la question de la santé mentale.

En finir avec l'asile c'est-à-dire avec les asiles, abroger la loi de 1838 et partant de là, redéfinir totalement le "secteur" en psychiatrie, voilà les grands thèmes des luttes de notre organisation syndicale de psychiatrie depuis de nombreuses années.

Du fait d'un tel discours, une période nouvelle peut être ainsi inaugurée dans ce domaine jusque là si déshérité sur le plan des libertés.

Réaliser une société sans asiles, sans lois d'exception, la tâche est immense. Elle doit être l'effort du plus grand nombre et pas seulement des spécialistes. Elle nécessite de plus, et des moyens, et des actes.

L'asile supprimé, les vrais problèmes posés par la folie pourront cette fois être abordés sans que les mécanismes de suraliénation institutionnelle ne viennent entraver une réelle prise de parole.

Devant l'ampleur d'un tel travail, ce sont toutes les organisations syndicales et politiques de la gauche qui doivent s'y engager pour faire de ce combat l'apprentissage d'une nouvelle solidarité nationale.

Le bureau national (du S.P.)

"Projet pour une psychiatrie sans asiles" (extraits)

Il s'agit pour le S.P. de rendre sa dignité et sa place entière de citoyen au "malade mental" par la suppression de toutes les lois d'exceptions. Art. 64 du code pénal, loi de 1838, loi de 1954, loi de 1970, loi de 1975... Nous exigeons l'abrogation de l'octroi de l'AAH (aide aux handicapés adultes) et le versement d'un salaire minimum de ressource transitoire et renouvelable.

Nous demandons le droit au logement pour les personnes sortant de l'asile... avec maintien de l'AL (allocation logement) en plus du SMR. Le droit au travail pour les psychiatisés avec obligation de droit à des stages d'insertion en milieu non protégé...

Nous demandons que des locaux sociaux soient garantis par les municipalités et mis à la disposition de tous les isolés...

Nous demandons la fin de l'éducation spécialisée...

Dans ce but le problème de l'exclusion doit être porté sur la place publique... le scandale des HP et de tous les lieux d'exclusion... (après une longue page consacré au réaménagement du secteur psychiatrique, la motion précise).

Nous demandons comme préalable à toute nouvelle politique de la Santé mentale la suppression des hôpitaux psychiatriques et autres lieux asilaires, sans aucun licenciement... (cette) programmation de la disparition des asiles devrait se faire de manière définitive dans un délai de cinq ans et préparée par la suppression des possibilités d'admission à l'HP à brève échéance, ceci pour que puisse se rechercher de nouveaux lieux d'accueil et de soins qui ne sont pas à priori institutionnels (soins à domicile, centre de crise, relai d'entr'aide divers, lits en hôpitaux généraux dans des formules à budgétisation globale visant à rompre avec la nocivité des budgétisations à l'acte et au prix de journée...)

L'ensemble de ce dispositif permettrait la formation d'un véritable service public à statut de collectivités locales, dont

les personnels publics et privés auront un statut unique dans le cadre d'une convention collective unique" (fin du texte)

Mise à Pied a fait des observations sur ce texte, en gros pour lutter aussi contre les abus actuels sur lesquels le SP doit prendre position sans attendre le cheminement de ce projet. Nous sommes d'accord sur pas mal de ces points.

7. AFFAIRE BERNARD PETILLOT

(c/o CRAPP, c/o GERR, 9, rue St-Vivien 76000 Rouen).

Cet infirmier de l'HP de Sotteville les Rouen (rappelez-vous bien que c'est là que Jack Ralite, ministre de la Santé est allé rencontrer pour une journée sur la psychiatrie le maintenant connu D^r Audisio, secrétaire national du syndicat national des psychiatres des hôpitaux où il est médecin chef) a été suspendu de ses fonctions et interdit de pénétrer dans l'enceinte de l'établissement depuis le 6 avril 81. (nous ne savons pas où l'affaire en est actuellement, l'amnistie l'a peut être lavé...).

Cette décision "d'interdiction immédiate" d'exercer à l'encontre d'un soignant est grave dans la mesure où toute l'affaire est liée à sa participation dans l'action du CRAPP de Rouen.

En effet, les quatre groupes suivants : le CRAPP, la LDH de Rouen, le syndicat des avocats de France de Rouen, et le S.M. de Rouen ont participé ensemble depuis deux ans à une prise en compte et à une lutte réfléchie contre les abus significatifs de la psychiatrie à l'HP de Sotteville.

L'affaire Desailly qui voit la condamnation du directeur de l'HP à dommages et intérêts pour intérieurement illégal a vu ces quatre groupes faire une campagne intensive. Le directeur a dû être remplacé par un autre, M. Dehu que l'on a dû choisir évidemment pour rétablir l'ordre. Le CRAPP a imprimé et pavosé... la lutte continue. Oui, mais du côté des psychiatres aussi et des directeurs.

Le 27 février 81, une lamentable affaire d'enlèvement à domicile contre Mme Marie-Claire Issaert a lieu concernant le service et le secteur du médecin chef Audisio. Le CRAPP la défend. Il la défend même très vigoureusement puisque l'enlèvement à domicile par un commando d'infirmiers est suivi le lendemain 28 février par l'arrivée de force de la mère et de quinze personnes dans le service d'Audisio qui exigent la sortie immédiate de la malade et l'obtiennent dans l'heure.

Dès ce moment là, les ennuis vont commencer pour B.P. à laquelle toute la hiérarchie va gaiement participer. Nous passons sur les détails de jour et de nuit, des roulements, des repos et des affectations. Le tout est que par un simple "jeu de mots" (refus de prendre son service, ce n'est pas vrai, mais on a tellement embrouillé la situation que de loin on n'y comprend rien) et après avoir noté qu'il venait causer avec ses camarades de travail en dehors des heures de service (ceci est appelé : "perturbe le fonctionnement des services, par sa présence irrégulière, hors de ses heures de travail, hors pavillon, et en présence d'infirmiers et d'infirmières que l'on a soigneusement noté), il se trouve suspendu et obligé de passer en conseil de discipline où le directeur a les mains libres... pour lui coller une exclusion définitive, ce qu'à l'évidence il cherche, pour saquer le CRAPP et ses informateurs.

Aller après cela demander aux soignants de défendre les psychiatisés alors que presque chaque malade est un cas d'abus ou d'illégalité.

Mais nous devons un grand coup de chapeau à B.P. car sa manière de défendre les psychiatisés en première ligne se fait très, très rare.

Le gardiennage psychiatrique, de la Révolution française au Front populaire.

L'histoire des gardiens de fous n'appartient pas à l'histoire de la médecine, mais se confond, à l'origine, avec celle du personnel ancillaire, celle des servantes et serviteurs. Elle est, à ce titre, la honte de l'histoire de la médecine : auxiliaires du médecin, intermédiaires nécessaires mais insupportables dans la relation médecin/malade, ils sont le témoignage pénible de ce que le Savoir doit à l'ignorance, de ce que le projet psychiatrique d'apaisement des esprits doit à la violence brute de ceux à qui il faudra bien attribuer, tardivement, le nom de soignants.

Personnel sans savoir, à commencer par le savoir de la lecture et de l'écriture, sans technicité, sans foi ni loi depuis que la pénurie en religieuses et l'accroissement des institutions a nécessité la laïcisation, méprisé de ce fait, haï, mais également craint autant par les médecins, les religieuses que par les malades, aussi malades que les malades, ignare, brutal : ainsi apparaît la classe dangereuse des gardiens de fous à la fin du XVIII^e siècle, à peine différenciée de celle des gardiens de prison et, en tous cas, moins inoffensive que celle des gardiens de square.

Sa fonction se résume alors à l'intendance et à la prévention de la divagation des infirmes dans l'espace social, sans que l'ordre moral y trouve vraiment son compte. Car, s'il faut payer des misérables pour vivre avec la folie 24 h sur 24, tout en réservant au médecin la tâche de s'essayer à sa guérison, c'est d'abord en acceptant comme mal nécessaire ce qui, pourtant, risque d'annuler les effets de la pratique médicale : l'alcoolisme, la dépravation, la violence.

Rarement une profession n'a d'ailleurs autant été abreuvée d'injures par ceux-là même qui en organisaient le développement.

Ténon, membre de l'Académie royale des Sciences, parle ainsi, en 1788, des gardiens, "véritables gardes-chiourmes, issus des plus basses classes de la population". J. Colombier, dans son *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*, publiée en 1785, explique que les gardiens sont recrutés parmi d'anciens malades, notamment des alcooliques et des syphilitiques qui ont, précise-t-il, "au bout d'un certain temps, la physionomie fort dérangée ; plusieurs d'entre eux deviennent imbéciles et quelques-uns même maniaques, ainsi qu'on peut s'en assurer à Bicêtre et à La Salpêtrière."

Au moment où, à la charnière des XVIII^e et XIX^e siècles, se constitue l'asile simultanément comme lieu d'assujettissement et instrument de guérison, une figure se détache, celle du surveillant Jean-Baptiste Pussin, père symbolique de l'infirmier psychiatrique moderne. Événement d'importance dans la foulée de la Révolution française : un laïc répète le mythe du Bon Samaritain fondateur de la profession d'infirmière et montre les potentialités de la pègre des gardiens de fous. Du moins est-ce la représentation de l'origine qui va redoubler et annuler les représentations religieuses et médicales concernant ce personnel subalterne. Pussin, "chef de la police intérieure des loges" à Bicêtre, chargé de la "répression du désordre et des rixes", obtient la reconnaissance par le médecin (Pinel en l'occurrence) non seulement de ses mérites personnels, mais surtout du pouvoir des auxiliaires médicaux et de leur fonction dynamisant d'abord par des innovations techniques (Pussin invente le biberon de porcelaine pour faire absorber, de force, du liquide par le nez des malades - cf. Frantz Adam, *Devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques* Colmar, 1937, p. 5) ; ensuite, si Pinel a récupéré le bénéfice pour la postérité de la libération des furieux de leurs chaînes par Pussin, ce gardien de fous exceptionnel a joué un rôle important dans la naissance de la

psychiatrie, faisant de la confiance aux malades mentaux non une seule affaire d'humanité, mais le biais par lequel a pu se développer une stratégie médicale, particulièrement le traitement moral.

Certes, si le mythe a fait de Pussin une pure conscience, un homme de la Providence, surgi de rien dans ce que J. Colombier appelait le "cloaque de la société", il faut quand même relever ce que l'on a pu dire de la proximité, voire de la "parenté" de Pussin avec la folie. A. Walk affirme en effet que Pussin exerçait sa charge de surveillance à la façon "d'un parent expérimenté et vigilant", et cela d'autant mieux que Pussin était un "ancien malade guéri d'une dépression de l'adolescence" (*The history of mental nursing, The journal of mental science*, 1961, vol. 107, p. 5). La différence avec le médecin est d'autant plus marquée qu'est soulignée l'appartenance du malade et de son gardien à un même monde. Elle met le gardien dans une position privilégiée quant aux possibilités d'observation et d'intervention. En même temps, la relation entre Pussin et la maladie mentale semble si étroite que, pendant une très longue période, l'identification des gardiens (plus soucieux de marquer leurs distances) à Pussin a été impossible. Pussin a pris valeur de modèle plus pour le médecin que pour ses pairs. Qu'il ait fallu que Pussin exerce ses capacités aux dépens du personnel de service qu'il avait sous ses ordres n'est pas sans importance. Pinel note d'ailleurs les aspects peu sympathiques de sa personnalité, moins pour en avoir été victime que pour se faire, curieusement, témoin de la défense pour les filles de service dont Pussin voulait le renvoi (cf. G. Bollotte, *Un suicide dans le service de Pinel, "L'information psychiatrique"*, 1974, n° 5) ; ce qui ne l'empêcha pas de voir les avantages que lui, médecin, pouvait tirer de cette "fermeté imperturbable (...) pour contenir les gens de service", comme il l'écrit au ministre de l'Intérieur (lettre de Pinel, 26 vendémiaire an 7, reproduite en annexe avec d'autres documents concernant Pussin in Esquirol, *Des passions...*, Paris, Librairie des Deux-Mondes, 1980, p. 50). Peut-être est-ce cela qui fit faire récemment à Lucien Bonnafé, lors d'un exposé à Soisy-sur-Seine, un malheureux lapsus et confondre "Pussin" et "putain"... Quoi qu'il en soit, avec Pussin, quelque chose de neuf se produit : la relation hiérarchique gardien/médecin devient une relation de concurrence entre deux compétences. En témoigne le fait que Pussin rédige des observations "sur les fous" (op. cit.), préparant l'accès de l'infirmier psychiatrique moderne à l'écriture.

Cela dit, cette association Pinel/Pussin, dont on sous-estime trop souvent la dimension conflictuelle, n'aura pas, par la suite, la valeur d'une collaboration exemplaire. Plus, elle sera sans avenir. Car, comme l'ont bien montré M. Gauthier et G. Swain (*La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, 1980, pp. 272 sq.), pour que l'asile existe sous la forme qu'on lui connaît, il fallait qu'elle cessât au plus vite. C'est la mort de Pussin en 1811 qui rendit possible la seconde naissance de l'asile, le remplacement de Pussin par Esquirol au poste de surveillant à La Salpêtrière, c'est-à-dire la prise de pouvoir par les médecins des attributions jugées trop étendues du surveillant, n'étant pas autre chose que le coup de force administratif et médical qui relègue, au nom d'une théorie de l'institution, le corps infirmier (ici sous sa forme élitique) au second rang pour de bon. Le corps des gardiens infirmiers se trouve exclu de la relation médecin/malades, en étant fondu dans le premier terme de la relation institution/malades : plus de spécificité d'une pratique ; aux velléités de médicalisation de ces "auxiliaires" se substitue leur enracinement forcé dans le monde des serviteurs et servantes d'où ils sont issus. On notera à ce propos l'impor-

tance accordée par Esquirol à la domesticité dans sa thèse parue en 1805 (op. cit.) ; six ans avant d'occuper la place de Pussin, il écrit : « Chaque malade doit avoir un domestique qui cherche à le contenter en tous points, qui ait l'habileté de ne contrarier ni de flatter ses idées » (p. 52). Soucieux de faire disparaître le gardien agent de répression disposant d'une autonomie qui permet des initiatives incontrôlables, Esquirol fait de l'auxiliaire médical à la fois plus et moins que cela. Plus, car, collaborateur du médecin, le domestique contribue au "rétablissement de la santé" (p. 53) du malade en recueillant des informations sur son état, en le distrayant par les jeux et la promenade : « Ce grand nombre de domestiques, précise Esquirol, fait que les aliénés ne sont pas seuls avec eux-mêmes » (id.). Mais le gardien devient aussi moins que cela : il perd le peu de pouvoir qu'il avait, astreint à la soumission autant vis-à-vis du médecin que vis-à-vis du malade, cette soumission totale étant présentée comme la condition de la participation du gardien au projet thérapeutique. Ainsi Esquirol précise : « Tous les domestiques doivent obéir sans réplique devant leurs malades ; ils doivent céder aveuglément ; cette obéissance inspire un esprit de docilité qui tourne à l'avantage des malades » (id.). Lorsque la violence est telle que l'obéissance au malade devient impossible, c'est au médecin que le gardien doit obéissance à la fois comme exécuteur des basses œuvres, homme de main et garde du corps ; ce qu'Esquirol exprime en ces termes : « Le médecin qui traite un maniaque ne doit jamais chercher à inspirer la crainte ; il doit avoir sous ses ordres un individu qui se charge de cette tâche pénible » (cité par R. de Saussure, *La Psychothérapie d'Esquirol, "L'évolution psychiatrique"*, 1936, 1).

Ainsi, c'est au moment même où change l'image de la folie, où naît la psychiatrie comme pratique spécifique sur un esprit humain dont la division est rendue manifeste, où enfin se constitue l'espace institutionnel de l'asile comme lieu de possibilité d'un retour du sujet sur lui-même, que les ancêtres de l'infirmier psychiatrique se trouvent figés dans leur statut de domestiques. Enfermés et infirmes, ils se retrouvent comme les malades, fondus dans un ordre dont le sens ne leur appartient pas. Moins même, puisque de leur transformation à eux, il n'est pas encore question. Lorsqu'elle pointe à l'horizon, lorsqu'un personnage charismatique tel Pussin transgresse les principes de l'ordre médical naissant, ce ne peut être qu'une menace : et si les gardiens abîmaient nos malades ? Comment, en effet, transformer dans le bon sens, lorsque l'on n'en a pas le savoir et lorsque tout laisse penser que les gardiens ne sont pas autre chose que le dehors, en représentation, accessoirement en acte, de la médecine ? Dehors dans le dedans de l'asile, mais mauvais dehors : pas celui des sphères de la Science : le dehors de l'ignorance qui fonde la peur et la haine du fou dans la populace. Erreur d'appréciation grave, car rien n'est possible sans ces gardiens ni contre eux, et qui a pu faire croire, en dépit de solutions institutionnelles très différentes comme Gheel, que la voie de l'asile était la seule praticable.

Pussin se retrouve ainsi moins dans la position de père mythique de la profession que dans celle de martyr de la Cause infirmière, si tant est que Cause il y ait pour les gardiens... Après lui, peuvent être énoncées les limites du pouvoir des non-médecins, limites que Pussin n'avait pas eu à vivre personnellement. Il fut un luxe pour Pinel, celui de vivre dangereusement avec le savoir empirique, mais sûrement pas un avenir. Au contraire, pendant tout le XIX^e siècle et une bonne partie du XX^e, les effets de la mort de Pussin ne cessent de se répéter par les contraintes réglementaires et les obstacles opposés à la formation du personnel subalterne. Ce qui, par contre, aura le droit de survie et avec lequel le médecin devra aménager l'exercice de ses compétences, c'est un monstre qui combine la déchéance morale (sous la forme surtout de l'alcoolisme) et la soumission aveugle : tel est le gardien-type de l'asile, misérable et dangereux, mais qui a su imposer sa nécessité.

Finalement, l'oubli dans lequel est resté Pussin, notamment chez ses pairs, est fondé : il n'y a ni avant, ni après Pussin, mais un échec épiphénoménal qui a eu le mérite de condenser tous les éléments d'une répercussion de l'histoire sociale sur un univers constitué dans ses marges. Il suffit, pour s'en persuader, de relever la continuité dans les propos très durs, voire injurieux, dont sont l'objet les gardiens, après ceux, antérieurs à la Révolution française, précédemment cités.

En 1812, un an après la mort de Pussin, Hippolyte de Colins donne une représentation fantasmatique du pouvoir des gardiens et des infirmiers, sous la forme du sadisme du pauvre. Si leur pouvoir est nul au niveau médical, ils sont en position de hors-la-loi au niveau de la prise en charge sociale des aliénés, disposant d'un véritable pouvoir de vie et de mort. H. de Colins écrit : « Qu'on se figure donc ces malheureux (les aliénés) sous la verge despotique d'êtres ignorants et barbares (ceux qu'il appelle encore, p. 133, les "infirmiers ignares"), qui souvent donnent des punitions comme spectacle à leurs connaissances, imitant en cela le juge qui voulait procurer à sa maîtresse le plaisir de voir donner la question à un accusé (...). Il suffit qu'un infirmier se croie insulté ou qu'il entende injurier la Maison, ce qui arrive à chaque instant, pour qu'il saisisse sa victime et qu'il la traîne dans une de ces loges humides et obscures, espèce de cachots infects... » (H. de Colins, *Notice sur l'établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale établi à Charenton*, annexe au *Journal inédit* de Sade, Gallimard, collection Idées, 1970, p. 151).

Cette représentation trouve sa confirmation dans un texte officiel qui donne témoignage de l'inquiétude montante dans la sphère de l'Etat. Une circulaire du ministère de l'Intérieur, datée du 19 juillet 1819 (huit ans après la mort de Pussin...), indique : « Les gardiens ne devront plus être armés de bâtons, de nerfs de bœuf, ni accompagnés de chiens » (cité in *Rapport au ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Constans, Lunier et Dumesnil, 1878, rééd. Analectes, t. 1, p. 24). Il est inutile d'insister sur la vitesse d'application de cette circulaire, les chiens étant présents encore dans plusieurs asiles jusqu'à ces dernières années et les nerfs de bœuf trop folkloriques ayant été remplacés par des trousseau de clefs de bonne taille...

Lorsque le rapport de Constans, Lunier et Dumesnil sur la situation des asiles en 1874 (63 ans après la mort de Pussin...) est remis au ministère de l'Intérieur, tout indique une stagnation de la profession de gardien. Il n'y est pas même fait mention d'infirmiers. Un court chapitre est seulement consacré au "personnel de surveillance", où il est dit : « Les personnes qui ont tant critiqué les asiles y ont supposé l'existence de bien des choses qui n'ont jamais existé, mais elles n'ont pas même soupçonné ce qui en est le vrai côté faible. Nous voulons parler des serviteurs commis à la surveillance immédiate et aux soins personnels des aliénés » (id., t. 2 p.490). La laïcisation du personnel est une fois de plus mise en avant comme facteur négatif (il faudra attendre le rapport de Bourneville au Conseil supérieur de l'Assistance publique, en 1891, pour entendre dire au contraire qu'« il faut éloigner l'influence négative des Sœurs qui va contre le progrès »). Le recrutement des serviteurs laïcs, précisent Constans, Lunier et Dumesnil, est « difficile et surtout mauvais (...). Il se recrutent trop souvent dans le *rebut de la domesticité* » (id. ; nous soulignons). S'il a souvent été question de la population des malades mentaux comme d'un lumpen-prolétariat, il apparaît ici que le personnel n'est guère mieux loti. Il s'agit d'une lumpen-domesticité qui aura, jusqu'à nos jours, un poids considérable sur la constitution de la profession d'infirmier(e) psychiatrique. Pour l'heure, en cette seconde moitié du XIX^e siècle, le scandale n'est pas l'existence de cette domesticité qui freine la médicalisation des asiles, mais principalement l'instabilité du personnel rapportée à deux facteurs : 1. le fort taux de « mauvais serviteurs » dont le renvoi finit par s'imposer

mais qui vont d'asile en asile ; 2. les bas salaires qui conduisent à la démission (dans tous les sens du terme), comme le note le rapport : « Pas un seul asile dans lequel les surveillants reçoivent un salaire égal à celui des domestiques de la localité » (id.). La seule solution alors envisagée montre que les ambitions de réforme sont encore limitées à une rationalisation d'un système qui exclut les auxiliaires médicaux de l'organisation des soins. En effet, le rapport ne propose pas autre chose que de prendre modèle sur les prisons où l'on a formé un corps de gardiens bien payés et, détail qui avait son importance, avec une retraite.

Mais cela ne changera rien, pour longtemps, à cette division des tâches si contradictoires qu'elle ne peut faire l'objet d'aucune reconnaissance explicite, qu'elle ne trouve aucune légitimation en dépit de la profondeur de son enracinement dans le réel : pour les uns, la pratique des esprits, pour les autres, la pratique de mortification des corps : deux modes d'exercice du pouvoir sur les aliénés qui ne peuvent que coexister grâce au silence complice mais aussi buté des uns et des autres, dans le monde clos de l'asile.

Dans toute la littérature du XX^e siècle consacrée aux gardiens et infirmiers psychiatriques, on retrouve une citation dont les références exactes ne sont pas toujours données, mais qui sert à marquer la rupture, souvent de manière abusive, avec le passé. De fait, elle exprime très bien la relation entre la situation du personnel subalterne et la nature de l'asile comme état d'exception, comme institution incapable de remplir ses objectifs et de coller à elle-même. Il s'agit d'un extrait d'une intervention de Van den Venter à un congrès de psychiatrie (Amsterdam, 1 sept. 1907), cité par A. Rodiet dans un livre paru en 1910, *Les auxiliaires du médecin d'asile*. On a là une description dont il est à parier qu'elle vaut pour la plupart des asiles européens de l'époque : « Le personnel des gardiens consistait (noter déjà l'imparfait de complaisance) essentiellement en un ramassis de vagabonds et d'ivrognes, de naufragés de la société, qui, poussés par la faim, acceptaient ces fonctions pour pouvoir hiberner dans l'établissement. C'est à ces gens exceptionnels et à leurs caprices sans frein qu'on confiait les aliénés (...). On comprend que, dans ces circonstances, on se trouvait obligé de tolérer des situations pénibles (...). Les hématomes, les fractures d'os, surtout des côtes et des jambes, les luxations, les décubitus (traduit par les utilisateurs ultérieurs de cette citation par les escarres), les gangrènes, les ruptures de vessie, les mutilations... étaient de constatation presque journalière. (Les médecins de la Salpêtrière se plaignent) de la brutalité, de l'ivrognerie et de la prostitution, qui ne sont que les moindres tares d'une valetaille ignoble. » Ainsi les gardiens de fous font peur, plus à la limite que les fous dont ils ont la charge et qui, au moins, sont neutralisés et figés en position de passivité.

Mais par-delà les appréciations moralisantes, il y a une réalité dont il est à souligner qu'elle persiste étrangement, au moins sous cette forme, jusque dans les années trente. Comme si le personnel des asiles échappait au mouvement de l'Histoire, en particulier l'histoire des idées en psychiatrie, il subsiste toujours chez les médecins la même inquiétude. Plus d'un siècle après la mort de Pussin, ils n'en finissent pas de payer, par leur solitude, l'affirmation du caractère exclusif de leur Savoir. Il y aurait de quoi méditer sur cette illustration de la dialectique du maître et de l'esclave. En l'occurrence, tout se passe comme si les médecins subissaient la loi des valets, en dépit du rempart que leur offre la Loi tout court. Car les moyens ne leur manquent pas. Bien plus, la seule médiation entre médecins et gardiens est d'ordre réglementaire. Si les gardiens avaient une idée bien vague des transformations théoriques qui agitaient l'univers des médecins, une chose est claire : ils devaient se soumettre à une discipline qui redoublait en fait celle imposée, par leur intermédiaire, aux aliénés. La sacralisation du règlement-modèle de 1857, la mise en place de contraintes

qui nous semblent aujourd'hui folkloriques, l'organisation d'un système sophistiqué de punitions et de récompenses, étaient censées suffire à garantir l'ordre, à mettre des gardes-fous aux gardiens de fous. Ceci est d'autant plus important à souligner que la discipline imposée aux auxiliaires médicaux participe de très près à la constitution de l'asile, telle qu'elle a été décrite par M. Gauchet et G. Swain (op. cit.).

On peut en donner un exemple avec ce texte d'"instructions" rédigé en 1835 pour l'établissement de Bouchet de Nantes ; exemple parmi d'autres, car on retrouve les mêmes formulations plus ou moins aménagées dans plusieurs asiles, tel celui de Montdevergues (voir le texte reproduit par G. Daumézon, *La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, G. Doin et Cie, 1935, pp. 240 sq.) ; mais exemple particulièrement intéressant dans la mesure où Bouchet de Nantes fut, d'une part, élève d'Esquirol, et d'autre part, l'auteur d'un article intitulé *Surveillant, infirmier et gardien* ("Annales médico-psychologiques", 1844, 1^o s., t. 3). C'est un des premiers à poser explicitement le problème de la différenciation des termes infirmier et gardien (celle de leurs tâches effectives étant encore loin d'être à l'ordre du jour). Le fait est à noter car, en 1901, on en sera toujours, lors d'un congrès de psychiatres, à se poser la question de cette différenciation et de l'éventuelle substitution de l'appellation d'infirmier à celle de gardien (A. Meylan, *L'infirmier des hôpitaux psychiatriques*, thèse, 1966, reprise dans "L'information psychiatrique", 1975, vol. 51 ; voir n^o 1, p. 73). On remarquera aussi que G. Daumézon (op. cit., pp. 238 sq.) reprend le texte d'un règlement concernant le service des "infirmiers" (c'est le terme utilisé dans le corps du texte), sous le titre "Règlement pour les domestiques de l'asile des aliénés de Limoux", sans relever ce qui devrait être une anomalie... En réalité, Bouchet n'allait pas non plus très loin dans la résolution de cette question. Ainsi, le règlement qu'il adopte s'adresse aux "infirmiers et infirmières des aliénés", mais organise une version rénovée du gardiennage, plus qu'un véritable service infirmier. Non au sens où il s'agirait de garder des êtres rendus inertes, dont on ne ferait rien si ce n'est se permettre quelques fantaisies et bavures. Mais au sens où les "infirmiers" garantiraient, en en faisant, eux, le moins possible, l'efficacité de l'intervention du médecin : ils deviennent des relais, mis en position d'attente, capables de prévenir par leur seule présence les accès de violence des malades, réalisent une clôture de protection complétant celle des murs de l'asile, participant néanmoins à un projet thérapeutique, ne serait-ce, dit le règlement qu'en restant "assez maîtres d'eux-mêmes pour s'abstenir de toute parole outrageante et de toute voie de fait, qui ne feraient qu'irriter les malades sans les corriger" (§ 1).

Il y aurait une analyse approfondie de ce texte à faire. Contentons-nous ici de remarquer que la discipline imposée repose sur plusieurs mises à distance du gardien-infirmier :

- par rapport à lui-même, à ses réactions spontanées ;
- par rapport aux malades, vis-à-vis desquels doit s'exercer, dit le texte, une "surveillance constante" (§ 5), sans initiatives intempestives ;
- par rapport au médecin, seul compétent pour décider du fonctionnement de l'institution.

La déposssession est complète ; ce qu'exprime clairement le paragraphe 3 de ces "instructions" : « Les infirmiers et infirmières n'ont que des ordres à demander et à exécuter lorsqu'il s'agit des moyens de répression » (et lorsqu'il s'agit de bien d'autres choses...).

En même temps, s'opère un mouvement inverse de fusion, qui n'est contradictoire qu'en apparence avec les mises à distance précédentes : car il en est une dont il n'est pas question ; la mise à distance du personnel subalterne par rapport à son travail. Au contraire, domine dans l'esprit du règlement cette idée d'une homogénéisation de l'institution, rendue possible, d'une part, par la division hiérarchi-

que, d'autre part, par l'aliénation de chaque membre au tout de l'asile.

Cela se traduit très concrètement par l'obligation de se nier comme individu privé, d'assurer une présence permanente dans l'asile, d'y loger, d'accepter d'être enfermé au point de devoir faire d'une sortie de divertissement une affaire professionnelle. On trouve dans les "instructions" une disposition qui en témoigne : « Les infirmiers (logés dans l'établissement) ne peuvent non plus, dans aucun cas, se permettre de découcher sans autorisation spéciale » (§ 8). Ce document n'est pas exceptionnel sur ce point là encore, puisque l'on trouve une phrase analogue dans le règlement de l'asile de Limoux reproduit par G. Daumézon. Ainsi, la situation des "infirmiers" n'est pas seulement confondue par le vocabulaire avec celle des domestiques ; elle est réellement vécue comme celle des valets de ferme, des serviteurs à demeure nourris et logés par la famille patronesse, en état de dépendance 24 heures sur 24.

Et surtout, elle le restera jusque dans les années trente, pour deux raisons :

A. Une raison qui tient, non directement à une stratégie médicale, mais plutôt à l'incapacité de l'Etat à appliquer partout la législation du travail qu'il a été amené à transformer. Comme l'écrit G. Daumézon, "les lois successives limitant la durée du travail n'(ont) eu aucune incidence sur l'organisation asilaire" (op. cit., p. 230). Pendant tout le XIX^e siècle, le régime en vigueur est celui du "service permanent" : les gardiens couchent dans les quartiers ; le temps de repos n'est pas réglementé et dépend uniquement du bon vouloir des supérieurs hiérarchiques. Tels les monastères, les asiles fonctionnent hors du temps. La durée du travail est pourtant réglementée dès 1848 ; le repos hebdomadaire est prévu par la loi du 13 juillet 1906 ; une loi est votée le 25 avril 1919 instituant la journée de 8 heures sur six jours, mais cette loi concernant les établissements industriels et commerciaux n'impliquait nullement qu'elle s'applique aux asiles ; certains l'adoptent très progressivement, cependant ils restent minoritaires jusqu'au Front Populaire. La plupart des établissements profitent du caractère non contraignant pour eux de la loi, pour s'opposer à des mesures qui changeraient totalement leur physionomie. Le Conseil d'Administration de l'asile autonome de Bassens, par exemple, ne se contente pas des quelques circulaires ministérielles qui envisagent, de 1919 à 1921, l'abolition du "service permanent" dans les asiles. Dans sa séance du 12 juin 1929, il décide "qu'il ne lui appartient pas de prendre l'initiative de l'application de la journée de 8 heures, en raison de ses répercussions sur les finances départementales et communales (il faudrait embaucher du personnel, alors qu'il en manque déjà)". (F. Orelli, *Le personnel infirmier et la journée de 8 heures*, "L'aliéniste français", 1936, 2^e s., 2). Quinze jours après, le Conseil supérieur de l'Assistance publique tranche dans le même sens. Certains responsables vont jusqu'à décréter que même si la présence est exigée 24 heures sur 24, le travail des gardiens-infirmiers est de toutes façons intermittent au cours de la journée et que, comme le dit le directeur de Bassens, F. Orelli, le personnel des asiles est "plus astreint à une surveillance qu'à un travail effectif"... , argutie administrative qui, heureusement, ne satisfait pas tout à fait les aliénistes.

Reste une grande diversité de situations où les traces du passé gardent une bonne place. Une étude de Desruelles et Lauzier indique qu'au 31 décembre 1933, sur 90 asiles, 25 appliquent la journée de 8 heures, 27 conservent le "service permanent", les autres ayant des formules intermédiaires (cité par G. Daumézon, op. cit., p. 231). Mais il existe toujours des gardiens qui doivent être à leur poste à 22 heures pendant leurs jours de congé, sous peine de sanctions disciplinaires (A. Meylan, op. cit., n° 2, p. 195) et à qui on impose le régime des religieuses.

B. Il y a une deuxième raison à l'enchaînement durable des gardiens à l'institution, qui s'alimente de la première, mais qui est plus directement liée à l'idée que se font les médecins du traitement des aliénés et à la constitution de l'espace asilaire ; c'est le principe de l'intériorisation du personnel subalterne, l'obligation de l'internat, qui complète la clôture de l'asile. Jusqu'à la première moitié du XX^e siècle, dans de nombreux établissements, la totalité du personnel est logée à l'intérieur de l'enceinte ; plus d'un tiers encore dans les années trente, selon un pointage fait par G. Daumézon (op. cit., p. 204). Dans certains cas-limites, la fusion est si poussée que l'on voit le personnel des services généraux (menuisiers, plombiers, serruriers) habiter lui aussi dans les quartiers (voir G. Daumézon, op. cit. p. 206). Le célibat est la règle de fait et même de droit, comme héritage de la tradition cléricale ; le montre cet article d'un statut repris par G. Daumézon : « Ne seront admis à l'asile que les candidats célibataires, qui devront fournir à cet effet un extrait de naissance datant de moins de trois mois. Exceptionnellement, pour les femmes, on pourra accepter qu'elles soient mariées, sauf avec un des quelconque employés de l'asile. Au cas où un employé se marie pendant son séjour dans le service, il devra quitter l'établissement » (op. cit., p. 86). Le nouveau ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales tentera, en vain, de s'opposer au célibat obligatoire, par une circulaire du 10 janvier 1921 ; c'est qu'il y voit un obstacle à l'expansion de la Famille, mais il n'insiste pas trop, car le système de l'internement total qui inclut le personnel dans les mesures d'isolement est la meilleure garantie pour assurer une surveillance parfaite des aliénés. Rappelons le principe mis en avant dans les "instructions" de Bouchet de Nantes : « Les aliénés ne doivent jamais être abandonnés à eux-mêmes » (§ 5). Il en résulte une situation curieuse : si les gardiens sont censés garder leurs distances vis-à-vis des aliénés, ils sont en même temps contraints de coller au plus près avec ces derniers ; non seulement ils doivent loger dans les quartiers, c'est-à-dire dans une chambre qui communique avec les dortoirs des malades, mais comme la séparation avec ces dortoirs est faite, au mieux, avec un drap tendu, au pire, par des grilles, on finit par se demander qui enferme qui. Il arrive même que les gardiens-infirmiers couchent "dans un lit identique à celui des malades, au milieu (d'eux)" (G. Daumézon, op. cit., p. 205). Ils sont donc toujours en service ; de vie privée, pas question.

Cette proximité des gardiens-infirmiers et des aliénés accroît d'autant plus, bien évidemment le fossé entre les premiers et les médecins sans que ces derniers y voient autre chose que des avantages. La position personnelle de G. Daumézon est d'ailleurs intéressante à noter, car il ne condamne pas le principe de l'intériorisation, même s'il est en désaccord avec le principe d'y avoir recours de manière exclusive. Il écrit ainsi que "le logement en quartier (...) possède, semble-t-il, au point de vue du service, certains avantages : possibilité de renforts en cas d'incidents de toutes sortes" (op. cit., p. 205). Il reflète encore plus précisément la position des tenants de la grande tradition aliéniste, en dénonçant les abus possibles, mais en fantasmant lui aussi sur l'asile comme totalité belle et autonome, ville dans la ville, modèle de communauté salvatrice ; ce qu'il exprime en ces termes : « La conception de la Cité hospitalière, plus ou moins élastique selon chacun, paraît être la solution moyenne en la matière » (op. cit., p. 209). Sa principale réserve concerne le personnel marié, pour lequel (lorsqu'il est accepté...) l'extériorisation lui paraît vraiment s'imposer. Encore ne fait-il que reprendre l'argumentation de la circulaire ministérielle de 1921 et ne conçoit-il qu'une extériorisation limitée ; car il ne s'agirait que d'annexer à la "Cité hospitalière" des logements choisis et financés par l'établissement, du type, par exemple, de ces cités-jardins gérées par l'asile, imaginées par Raynier et Lauzier dans *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et de l'asile d'aliénés*

(Peyronnet édit., 1935 ; à noter au passage le flottement de terminologie dont le titre porte témoignage).

Ainsi se fonde un univers très particulier qui a tout, semble-t-il, pour garantir un ordre parfait.

Mais la clôture et l'intériorisation ne suffisent pas. Pour qu'il n'y ait aucune défaillance à l'intérieur, il faut encore un système symbolique qui assure l'appartenance en profondeur des agents à l'institution. Il faut, notamment, des repères qui permettent à la fois la différenciation des statuts et la fusion de chacun dans le grand Tout.

C'est là qu'intervient d'abord le costume, qui en dit long sur la difficulté de distinguer l'asile d'autres institutions dont le caractère thérapeutique est très douteux : la prison ou l'armée. Le règlement modèle de 1857 fait du port de l'"uniforme" une obligation dans les établissements pour aliénés (article 144). Cet uniforme, souvent sommaire, différencie à peine le gardien et l'aliéné : on leur donne le même vêtement de travail (ce dont ne suffit pas rendre compte le fait que certains gardiens étaient recrutés parmi les malades) ; le gardien a simplement une casquette ou un képi. Rien en réalité ne régit de manière officielle les détails de l'uniforme : c'est là la seule différence avec l'armée, car chaque asile arrive, à sa façon du moins pour le personnel masculin, à donner une image militarisée du corps des gardiens : costume bleu l'été, kaki l'hiver, dans certains cas noir avec un liseret rouge (à Caen, par exemple, jusqu'en 1945) ; les grades sont marqués par des bandes et des étoiles, ou encore par des galons d'or et d'argent (la hiérarchisation est très poussée, puisqu'elle comprend surveillants, sous-surveillants, chefs de quartiers, premiers infirmiers, seconds infirmiers et rappelle d'autant plus l'armée, que souvent, les surveillants sont nommés "infirmiers-majors" ; il faut préciser qu'une partie du personnel est recrutée par affiches dans les casernes, notamment dans la Légion ; voir A. Meylan, op. cit., n° 1, p. 75...). Le folklore atteint parfois le délire et le grotesque, après la guerre de 1914-1918, la récupération des vêtements des armées belligérantes va bon train, surtout dans les asiles de l'est de la France ; on les met aussi bien aux malades qu'aux gardiens-infirmiers, en choisissant pour les uns et pour les autres des uniformes de nations différentes (on se demande bien qui portait les uniformes pris aux Allemands...), ce qui entraînait la même confusion, en fait, dans la reconnaissance des gardiens et des malades que si aucun ne portait d'uniforme, comme le relève l'Inspection générale dans un rapport de 1923. Il est même arrivé à cette époque, à un surveillant d'avoir échappé de justesse à une arrestation pour port illégal d'uniforme : il s'était fait faire un uniforme semblable à celui d'un capitaine. Car, en plus, le personnel avait la possibilité de porter son costume à l'extérieur de l'asile ; comme il était fourni par l'établissement, c'était un moyen économique pour un personnel mal payé ; mais surtout, si l'on en croit G. Daumézon, qui reprend sur ce point aussi le point de vue des aliénistes du XIX^e siècle, ce devait être un moyen de donner "à l'agent qui le porte, conscience de son véritable rôle (op. cit., p. 128), même s'il arrivait des incidents fâcheux, comme des rixes entre gardiens en uniforme en ville ou une ivresse trop voyante. A l'aube du Front populaire, G. Daumézon voit le problème sous un jour un peu différent ; il envisage l'abandon de la référence au folklore militaire (mais par l'abandon de l'uniforme) : « Si un jour l'assistance asilaire prenait un caractère national, le corps des infirmiers serait peut-être doté d'un uniforme unique, au même titre que les facteurs ou les employés de chemin de fer » (op. cit., p. 219). En attendant, précise-t-il, les costumes adoptés jusque-là n'entraînent pas "de trop graves inconvénients" (id.) ; il y en a pourtant un, essentiel : la non-affirmation (c'est le moins que l'on puisse dire) du caractère médical de la profession d'infirmier psychiatrique, le maintien d'une ambiguïté fondamentale du statut du

gardien-infirmier repérable dans celle, secondaire, du costume. Car l'uniforme sert à imposer une autorité qui est partagée et qui prend sa source dans l'instance médicale ; en même temps, ses particularités font de celui qui le porte un être spécial, qui fait écran entre le médecin et l'aliéné. Cette ambiguïté est tant bien que mal supportée, dans la mesure où l'on parvient à maîtriser ses éventuels effets négatifs.

C'est à cela que s'emploie le système réglementaire des punitions et des récompenses (selon les termes que l'on trouve dans les règlements intérieurs), qui donne un exemple supplémentaire, après l'uniforme, de l'incarnation de la discipline asilaire vers la discipline militaire ; mouvement dont il serait à préciser la relation avec le processus que décrit Philippe Ariès dans *L'enfant et la vie familiale et l'Ancien régime*, à savoir la montée de l'idée militaire à partir de la deuxième moitié du XVIII^e siècle, qui aboutit à "l'assimilation de l'adolescent et du soldat, à l'école" au début du XIX^e siècle (Le Seuil, 1973, p. 297) ; en précisant bien que c'est moins ici les aliénés qui sont visés, du moins directement, que ceux qui en ont la charge. Certes, les punitions et récompenses s'inscrivent dans les dispositions du droit du travail en général, avec les curiosités qui les caractérisent au XIX^e siècle : punitions par la "réprimande", la "privation d'un jour de sortie", l'"amende" (allant du quart à la totalité des "gages" du mois), le renvoi ("Instructions" de Bouchet de Nantes, § 17) ; récompenses par un "témoignage de satisfaction verbal ou écrit", une "gratification" (allant également du quart à la totalité des "gages" du mois) et... une retraite dans l'établissement (id.). Mais, en matière de récompense, il existe d'autres modalités qui rappellent le folklore militaire ; par exemple, l'attribution de médailles qui, à la différence des médailles du travail, ne récompensent pas seulement l'ancienneté de la soumission comme c'est le cas pour la "médaille des établissements généraux de bienfaisance", dite "médaille d'honneur de l'Assistance publique", créée assez tardivement le 16 août 1886, par un arrêté du ministère de l'Intérieur : bronze pour 15 à 20 ans d'ancienneté, argent pour 20 à 30 ans (un décret du 31 décembre 1903 précise qu'elle est suspendue par une bélière à un ruban rayé blanc et jaune) ; mais la médaille d'or récompense, elle, les "services exceptionnels", la bravoure dans le combat pour la Santé... telle qu'elle est du moins reconnue par une commission qui comprend un sénateur, un député, un conseiller d'Etat et le directeur de l'Assistance publique. Déjà, bien avant, il existait des médailles plus spécifiques pour le personnel des asiles et des hôpitaux généraux ; la médaille des épidémies, la médaille d'honneur de l'Hygiène publique et surtout la "médaille d'honneur pour actes de courage et de dévouement" (circulaire du 15 juillet 1847).

En réalité, l'ensemble du système disciplinaire de l'asile, avec les quelques aspects que nous avons retenus (le logement, l'uniforme, les punitions et les récompenses), est aussi complexe qu'inefficace. Ce serait une erreur de fantasmer sur l'ordre qu'il est censé garantir, car il ne peut être analysé qu'en le mettant en rapport avec sa transgression. Tout n'est pas visible ; on sait bien que les règlements les plus détaillés n'ont jamais été des remparts très sûrs contre la violence des gardiens, que la relation quotidiennement vécue entre eux et les aliénés reste, en grande partie, inaccessible au regard médical : la tradition orale est riche en anecdotes... Mais il est des moyens plus convaincants pour témoigner de l'échec des tentatives d'assainissement de la profession, qui ne peuvent ici, qu'être rapidement évoqués et qui mériteraient une investigation approfondie :

- l'étude des affaires judiciaires concernant les malversations et exactions de gardiens-infirmiers, même si le nombre des plaintes, de la part surtout des familles, est extrêmement réduit par rapport à ce qui se passe alors dans les asiles. Il en

existe, en tout cas, plusieurs qui ont mené des "soignants" en correctionnelle, voire en cour d'assises pour les motifs les plus divers : coups et blessures, coups ayant entraîné la mort, viols, attentats à la pudeur, négligence dans l'administration des traitements. La nature des peines infligées est d'importance secondaire, car les condamnations sont en général dérisoires. Une proposition de loi de M. Strauss, datant de 1913, qui voulait pallier les silences du Code pénal, est significative : « Toute personne employée dans un établissement public ou privé d'aliénés qui, volontairement, s'est rendue coupable de sévices et voies de fait sur la personne d'un malade, est punie d'un emprisonnement de 5 jours à 3 mois et d'une amende de 16 à 200 F, ou de l'une de ces deux peines seulement » (cité par G. Daumézon, op. cit., p. 135). Sévérité toute relative, mais ce n'est pas pour surprendre, car les contraventions à la loi, dont peuvent être victimes les aliénés, n'ont pas particulièrement fait l'objet de dispositions draconiennes : voir l'article 41 de la loi du 30 juin 1838, qui prévoit des peines de 5 jours à 1 an d'emprisonnement et/ou une amende pour les directeurs et médecins qui ne respecteraient pas les mesures prévues par cette loi pour protéger les aliénés, mais qui précise aussi qu'il peut être fait application de l'article 463 du Code pénal ; en l'occurrence, cet article autorise les tribunaux à se borner à une amende qui peut descendre à 1 F. Cela étant, l'intervention des instances judiciaires laisse place à la mise en lumière des pratiques condamnables déjà moralement et idéologiquement, que rend possible l'espace clos de l'asile.

- l'étude statistique du mouvement du personnel, bon indice du caractère supportable ou non d'une institution, de sa faculté à assurer sa stabilité par l'adhésion continue de ceux qui en sont des rouages essentiels. Des enquêtes malheureusement incomplètes dont nous disposons, il ressort que, jusque dans les années trente au moins, la majeure partie du personnel subalterne ne restait que quelques mois dans les asiles ; la proportion des gardiens-infirmiers restant présents moins d'un an est encore d'un tiers en 1933 (voir G. Daumézon, op. cit., p. 284 et A. Meylan, op. cit., n° 1, pp. 74-75, n° 2, pp. 199-200). Une analyse plus précise reste à faire, en tenant compte de facteurs qui augmentent l'instabilité, comme l'interdiction de se marier pour le personnel intériorisé ou l'isolement géographique de l'asile, ou au contraire la diminution, comme un relèvement ponctuel des salaires, tel celui que mentionne A. Rodiet pour 1902.

- l'analyse de l'état de santé du personnel subalterne, par l'étude statistique des congés de maladie en nombre de jours et des décès. Il est difficile de faire ressortir par les chiffres les effets du fonctionnement de l'asile sur la santé mentale des gardiens-infirmiers, qui ont pourtant leur importance. Voir l'article de Roger Mignot sur *La fréquence des troubles mentaux dans le personnel infirmier*, "Annales médico-psychologiques", 1905. Mais déjà les chiffres concernant les congés de maladie, mal connus certes quand le personnel est intériorisé (sa présence étant permanente, la durée du travail n'est pas comptabilisé, donc les absences non plus), permettent de préciser ce qui peut se dégager de l'étude du mouvement du personnel. Il ne s'agit pas de se contenter de donner l'exemple d'un asile public qui a accordé, en 1933, 5380 jours de congé pour 232 "infirmiers" (soit une moyenne de 23 jours de congé par an et par "infirmier" !, pour dire, comme le fait G. Daumézon : « Nous ne pouvons tenir aucun compte des indications fournies par le nombre de congés » (phrase qu'il souligne ; op. cit., p. 285). Même si cet exemple est un cas-limite, il interpelle suffisamment pour s'engager dans une analyse plus poussée d'un absentéisme qui, bien sûr, n'est pas l'apanage exclusif des asiles, mais qui mène à mal l'idée d'une "Cité hospitalière". Pour l'heure, la Cité asilaire est si peu hospitalière que les forces d'attachement des gardiens-infirmiers à l'institution sont plus centrifuges que centripètes. Les décès aussi méritent

qu'on s'y arrête, dans la mesure où ils sont rapportés à leurs causes : moins la mort violente par les accès de furie des aliénés, que la mort moins glorieuse mais combien parlante par l'alcoolisme chronique.

La discipline recouvre ainsi la misère, sans l'abolir. Elle n'en maîtrise que les aspects les plus voyants, tout en admettant sa transgression, qui seule, peut rendre vivable un univers qui ne l'est pas.

La situation va cependant se modifier dans la première moitié du XX^e siècle, sous la pression simultanée du corps médical (qui ne peut accepter que du traitement moral ne reste que l'incarcération pure et simple) et de l'Etat (oui, au nom de l'idéologie républicaine, doit montrer sa capacité à ordonner le réel). C'est le corps médical qui fait preuve de la plus grande fermeté : mis en échec dans ses essais de conquête d'un pouvoir sans partage par ce poids mort qu'est, au mieux (car il lui arrive de se manifester par sa violence), le corps des gardiens, il lui faut une transformation en profondeur. Si l'institution asilaire supporte les modes de fonctionnement pathologiques, si l'Etat fait preuve de lenteur dans un domaine qui ne fait pas partie des urgences de l'heure (et qui n'en a jamais vraiment fait partie), les médecins, eux, ne l'entendent pas ainsi. La guerre de position doit laisser la place à l'explicitation de la contradiction, voire à son explosion. Pour que se réalise une médicalisation effective et totale de l'asile, il leur faut des auxiliaires autres, qui soient des collaborateurs et qui intériorisent leurs objectifs. C'est ainsi que l'on voit se multiplier des écrits de médecins sur la condition de leur subalternes, jusqu'à en faire des sujets de thèse de doctorat.

Dans le même temps, se met en route une offensive dans quatre directions. Tout en conservant à la discipline son rôle, des mesures vont être prises pour préserver les médecins d'une repussinisation, tout en éliminant les effets négatifs de la dépussinisation.

La première direction implique un appel à l'Etat ; il apparaît en effet clairement que la rationalisation du fonctionnement de l'asile passe par une revalorisation matérielle : augmentation des salaires, garante d'une plus grande stabilité des effectifs, application de la législation du travail augmentation des effectifs..., toutes mesures qui ne peuvent qu'emporter l'adhésion du personnel, mais qui n'engagent à rien pour ce qui concerne la nature du travail demandé. C'est là que, tardivement, le Front populaire aura les effets les plus tangibles, par la loi du 21 juin 1936 ; bien que le principe de son application ait fait l'objet de débats animés (voir *Documents parlementaires*, "L'aliéniste français", 1936, 2^e s., n° 7), elle aboutit, grâce notamment à l'insistance du ministère de la Santé Henri Sellier, à l'adoption de la semaine de 40 heures, au repos compensateur payé, à une fixation règlementée de l'échelle des salaires et à la mise en place de moyens, pour le personnel subalterne, de se défendre lors des procédures disciplinaires : elle est, peu après, complétée par le "statut du personnel secondaire des asiles d'aliénés", adopté le 13 novembre 1936 ("L'aliéniste français", 1936, 2^e s., n° 10). Il est un fait que l'on ne peut en exagérer l'importance puisque, sans aborder les problèmes assez complexes de la relation du Front populaire et de l'organisation institutionnelle de la psychiatrie dont on a parlé par ailleurs, il faut constater qu'elle a été vite remise en cause par le décret du 22 mars 1937 qui, en plein Front populaire, fixe pour les asiles la durée du travail à 45 heures par semaine au nom d'arguments que la fascination exercée par le Front populaire a tôt fait de cacher dans les oubliettes de l'Histoire ; à savoir ceux-là même qui avaient été opposés à la loi de 1919 et à l'abolition du "service permanent" : le travail de surveillance dans les asiles est intermittent, il n'y a pas d'équivalence possible avec un "vrai" travail et, en tout état de cause, les activités autres que le simple gardiennage ne méritent aucune considération ; ce qui fit dire justement à J. Raynier et H. Beaudoin qu'est ainsi

consacrée la négation de tous les efforts faits pour tenter de revaloriser l'activité des infirmiers (*L'assistance psychiatrique française*, Le François édit., 1950, t. 2, p. 36). Il faut ajouter à cela le règlement modèle de 1938 qui assure la survie des modes de fonctionnement passés de l'asile. Mais un mouvement important est amorcé : l'asile peut commencer après les mises en question, aussi peu audacieuses qu'elles aient été, produites par le Front populaire, à intégrer le monde du travail. Les problèmes du personnel subalterne ne se résument plus dans son rapport à la finalité spécifique d'institutions très spéciales ; il ne s'agit plus de situer sa place entre les médecins et les aliénés ; cela devient un problème d'employeurs et d'employés : l'expression "travailleurs de la santé mentale" pourra ensuite faire oublier les ambiguïtés de la terminologie passée (gardiens/infirmiers).

Le mouvement qui, au sein même de l'asile, a conduit au dépassement de la notion d'altérité humaine telle qu'elle permettait de caractériser les sociétés dites archaïques, et a mené, dans le cadre de la naissance de la société démocratique moderne, à affirmer la primauté du même (voir M. Gauchet et G. Swain, op. cit., p. 494) accède ainsi au visible pour des gardiens-infirmiers dont on n'avait cessé d'affirmer, jusque-là, le caractère monstrueux, l'altérité irréductible par rapport aux malades, aux médecins et aussi aux autres travailleurs.

Les trois autres directions prises par la transformation de leur condition relèvent plus immédiatement de décisions médicales :

- d'abord la purification des effectifs, l'assainissement du recrutement. C'est maintenant au tour des gardiens-infirmiers de subir les effets d'un processus d'exclusion, du moins pour une partie d'entre eux, car l'intégration (par l'"intérieurisation" ou non) reste bien entendu l'objectif principal de leur mise au pas. Un premier filtrage va s'opérer et toucher le personnel à "vocation" plus ancillaire que médicale, la différenciation se faisant sur des critères en premier lieu intellectuels. G. Daumézon se fait le porte-parole des aliénistes de l'époque en notant que "le niveau moyen des infirmiers d'asile semble être un peu plus bas que celui des conscrits incorporés dans ces dernières années" (op. cit., p. 34). Dès le début du XX^e siècle, certains asiles contrôlent, à l'embauche la faculté de savoir lire et écrire. On envisage même d'aller plus loin, comme en témoigne l'intérêt que soulève l'idée d'une sélection par tests psychotechniques avancée et appliquée par un psychiatre espagnol, Lafora, dont un article sur "la sélection professionnelle des infirmiers psychiatriques et la distribution du travail" paraît en avril 1933 (*"Archivos de Neurobiologica"*). En fait, les aliénistes comptent plutôt sur des effets correctifs de la formation du personnel. C'est surtout d'autres catégories qui subissent de véritables mesures de ségrégation : les prostituées et les repris de justice (voir G. Daumézon, op. cit., p. 87), le personnel venant d'autres asiles pour des raisons autres que le souci d'un rapprochement familial, car il est trop instable, et surtout les anciens malades. C'est nouveau puisqu'il est des cas (laissons Pussin de côté, présenté abusivement comme tel) où d'anciens malades ont pu accéder à des postes de responsabilité et devenir, par exemple, chefs de quartiers (id., p. 32). Plusieurs affaires, sources de scandale, ont contribué à ce changement de perspective si profond que l'idée est devenue insupportable aujourd'hui qu'une personne, ayant eu le statut de malade, puisse avoir une responsabilité quelconque dans l'organisation de soins ; chacun peut avoir à l'esprit un exemple récent qui en témoigne. On se doute de l'effet de certaines anecdotes déjà anciennes, du genre de celle concernant tel malade évadé d'un asile, embauché dans un autre comme gardien, donnant entière satisfaction et surpris un jour "en plein accès maniaque en train de se faire masturber par un jeune malade auquel il

avait, par surcroît donné un coup de couteau" (id., p. 87), ou tel autre, médico-légal, interné avant la guerre de 1914-1918 à Villejuif, transféré dans un asile méridional, évadé qui prit l'identité d'un de ses gardiens et qui exerça ainsi quelque temps la profession d'infirmier. Après ces affaires peu banales, bien qu'exceptionnelles, le refus d'embaucher d'anciens malades devient une règle. Même lorsque la réinsertion sociale deviendra l'idée du jour, il sera clair que les malades peuvent se réinsérer où ils veulent, mais surtout pas à l'asile, qui a déjà assez à faire, faut-il entendre, avec ses gardiens-infirmiers qui prennent la voie inverse (référence à la mythique contagion de la folie mise à part).

- autre direction, la féminisation du personnel. Au début du XIX^e siècle, la séparation des sexes est un principe de base, simple et indiscutable : personnel féminin pour les services femmes ; personnel masculin pour les services hommes (les médecins, eux, échappent, comme les religieuses, à cette répartition). On se limite alors à la résolution expéditive de ce qui passe pour un problème de rapport de force : le personnel féminin est incapable de résister à la violence des aliénés hommes ; inversement, les aliénés sont à la merci des abus du personnel masculin. On voit quels types de fantasmes peut alimenter en négatif la réglementation passée, en l'occurrence l'article 34 de l'Ordonnance de 1839 et l'article 184 du règlement modèle de 1857.

Ce principe est pourtant remis en cause au début du XX^e siècle pour des raisons qui ne sont pas sans intérêt : le danger principal est de plus en plus perçu comme venant des gardiens-infirmiers, incultes et brutaux, sans sensibilité, sans docilité, et, de ce fait, inaccessibles aux préoccupations philanthropiques. Plusieurs médecins développent cette argumentation : Marie, en 1910, à la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, Cornu, en 1911, à la Société médico-psychologique, Magnan enfin à l'Académie de médecine, où il déclare, le 23 juillet 1912 : « Le seul point noir réside dans l'absence de bienveillance, de bon vouloir de dévouement chez la plupart des infirmiers ; pour eux, le malade est un désagréable fardeau qui ne leur inspire ni charité, ni pitié ; le personnel féminin a fait aujourd'hui ses preuves et il serait désirable que, dans les infirmeries et les salles d'alitement, ce personnel féminin fût substitué aux infirmiers » (cité par G. Daumézon, op. cit., p. 23). L'évolution de l'image de la femme qui s'accroît avec la guerre de 1914-1918, la féminisation déjà accomplie en médecine générale, le souci de pacification des asiles en liaison avec les orientations thérapeutiques du corps médical, vont d'autant plus permettre cette transformation que les structures asilaires garantissent par ailleurs la sécurité du personnel féminin, ou presque. C'est pourquoi l'Etat sanctionne les vœux des médecins par un décret du 12 mai 1914 et une circulaire du 16 mai 1914 qui annulent les dispositions réglementaires de 1839 et 1857.

Il ne faut pas exagérer la portée de cette décision, car ses effets seront surtout fonction de la conjoncture. La guerre de 1914-1918 et la mobilisation des hommes provoquent une forte augmentation du personnel féminin dans les asiles ; mais, par la suite, le mouvement tendra au contraire à s'inverser, notamment après un incident tragique qui sera soigneusement exploité : à Sainte-Anne, en 1926, une surveillante générale est tuée par un aliéné ; peu après, une circulaire ministérielle du 23 décembre 1926 limite la tendance à une féminisation trop poussée, sans pour autant revenir sur le décret de 1914 : elle n'insiste que sur la prudence nécessaire à son application. Il faut dire aussi que le mot infirmier reste employé au féminin en médecine générale et au masculin en psychiatrie, par exemple dans les titres de manuels.

Mais la féminisation, si timide soit-elle dans la première moitié du XX^e siècle sert de biais au passage progressif du gardien à l'infirmier, et des représentations qui accompagnent l'un et l'autre.

- dernière direction, la formation. Pendant tout le XIX^e siècle, le personnel subalterne n'adhère pas aux changements qui se produisent ; il en est d'ailleurs exclu, on l'a vu. Il doit se contenter de subir condamnation et culpabilisation. Il se défend en se repliant sur lui-même, indifférent aux préoccupations des médecins et aux éventualités de guérison des malades : inutile de lui parler de mission ou de vocation.

Mais les débuts de la syndicalisation commencent à avoir des effets. Les gardiens s'inquiètent de plus en plus, non seulement de leur situation matérielle, mais aussi de leur statut. Car, si le gardiennage est condamné au nom de l'éthique médicale et de la morale en général, rien n'est fait pour que, concrètement, il soit aboli. Au contraire, ils se retrouvent dans une impasse, livrés à leur sort comme si c'était à eux-mêmes d'opérer un retour sur soi, de se débrouiller avec une hypothétique lucidité rédemptrice ; à eux de se situer par rapport aux aliénés dans le bon sens sans posséder ni le savoir authentique, ni les moyens concrets, qui leur permettraient de passer du statut de gardien à celui d'infirmier. On comprend leur désarroi et leur incrédulité, dont témoigne cette lettre syndicale adressée le 9 octobre 1907 au ministère de l'Intérieur : « Par suite de la suppression de tous les moyens de contrainte (détermination inspirée aux médecins par des sentiments humanitaires qui les honorent), ne sommes-nous pas constamment exposés aux actes meurtriers des inconscients que nous soignons ? Ne sommes-nous pas susceptibles de devenir leurs victimes, quelques-uns d'entre nous ayant déjà payé de leur vie l'insouciance de certaines administrations. Quelles sont les récompenses et les garanties officielles qui nous sont attribuées ? » (cité par A. Rodiet, op. cit., p. 50). C'est précisément parce que le danger est réel que la formation s'impose, comme cela est explicitement dit au congrès de Bordeaux de 1903 déjà, pour "ce personnel intéressant qui court tous les jours de si grands dangers", ainsi que le rappelle quelques années plus tard P. Schutzenberger (*L'instruction professionnelle du personnel secondaire des asiles d'aliénés*, "L'aliéniste français", 1936, 2^e s., n° 3). Cela n'empêche pas certains médecins de décréter que la théorie est inutile pour le personnel, affirmation contre laquelle Th. Simon s'insurge fortement dans *L'aliéné, l'asile, l'infirmier* (Librairie Berthier, 1911), ou encore de dire : « Dieu nous garde d'un infirmier qui, nanti de quelque diplôme, se croira tout permis » (cité par G. Daumézon, op. cit., p. 37).

On doit à Scipion Pinel d'avoir, pour la première fois, suggéré la nécessité d'écoles pour personnel subalterne, dans son *Traité complet du régime sanitaire des aliénés ou manuels des établissements qui leur sont consacrés* (Mauprivez édit., 1836) et à Falret d'avoir vraiment commencé, dans le cadre de travaux avec Lasègue en 1841-1842, avec son *Discours d'un médecin d'aliénés à ses subordonnés* (voir F. Adam, op. cit., p. 3). Mais il faut attendre M. Bourneville, médecin et député, pour qu'à la fin du XIX^e siècle, après un long et difficile processus, des écoles spécifiques soient créées : à la Salpêtrière et à Bicêtre en 1878, à Sainte-Anne en 1880. L'Angleterre est alors très en avance, puisque Sir Alexander Morris donne des cours aux infirmiers dès 1843 et qu'un manuel est publié en 1875 à Londres. Bourneville s'en inspire directement. A la Salpêtrière et à Bicêtre, il institue d'une part, un enseignement professionnel sanctionné par un C.A.P. d'autre part, un enseignement primaire ; les cours durent un an. Le mouvement s'étend progressivement, mais reste l'affaire d'initiatives localisées du corps médical. On retiendra les premiers manuels et textes de conférence destinés au personnel subalterne, qui mériteraient d'être analysés en détail :

• Levet, *Conférence faites au personnel de l'asile de Bassens sur les soins à donner aux aliénés*, Bassens 1903 ;

• J. Morel et A. Marie, *Mémento de l'infirmier d'asile*, Rennes, 1905 ;

• E. Cornu, *Instructions aux infirmiers et infirmières sur les soins à donner aux aliénés*, Pau, 1905 ;

• E. Cornu, *Cours et examen d'infirmiers*, Annales médico-psychologiques, 1910, t. 1 ;

• Belletrud et Froissard, *Conseils aux infirmiers*, Draguignan, 1910 ;

• A. Rodiet, *Manuel des infirmiers et infirmières des hôpitaux et asiles*, Paris, 1928 ;

• Mignot et Marchand, *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés*, Paris, 1931 (première édition d'une longue série).

L'Etat quant à lui se contente de conseiller la création d'écoles par une circulaire du 28 octobre 1902. Sa prudence s'explique par l'existence de nombreux obstacles : les Conseils généraux où les notables se préoccupent du problème des dépenses, l'autonomie des asiles qu'il faut préserver de mesures trop dirigistes et qui de toutes façons ne reconnaissent que leur propre diplôme, quand ils en délivrent, l'obstruction de certains médecins face au niveau trop bas de recrues et face aux implications hiérarchiques, la crainte de voir privilégier le savoir aux dépens de la docilité ; ainsi, relève G. Daumézon, "les stagiaires les mieux notés au point de vue service sont fréquemment les derniers lors de l'examen" (op. cit., p. 71). Il faut y ajouter la réticence du personnel lui-même, car l'obtention du diplôme ne donne pas d'avantages conséquents et oblige à suivre des cours en dehors et en plus des heures de service. C'est tout un équilibre qui est en question. Aussi, la formation envisagée par l'administration centrale n'a pas de caractère obligatoire et on peut être infirmier sans diplôme (ce qui donne une idée supplémentaire de la difficulté de manier les termes gardien et infirmier) ; y compris quand, plus tard, sous la pression de Madeleine Chaptal, le décret du 27 juin 1922 crée le Brevet de Capacité professionnelle, ancêtre de l'actuel Diplôme d'Etat, avec la spécialité hygiène mentale, ou quand l'arrêté du 26 mai 1930 institue une formation sur cinq ans (36 mois d'études, plus des stages de 6 mois dans chaque catégorie de service), ancêtre de la formation des infirmier (e)s psychiatriques d'aujourd'hui. Il faudra attendre le décret du 18 février 1938 pour que le diplôme soit exigé pour la reconnaissance de la qualité d'infirmier et, surtout, pour l'exercice de la fonction spécifique.

En dépit de toutes ces difficultés, se met en place peu à peu une formation de techniciens et s'affine la division du travail à l'intérieur de l'asile. Cela dit, si ces nouveaux techniciens de la relation, comme on dira par la suite, sont formés dans le cadre d'une transformation qui fait passer de l'asile à l'hôpital psychiatrique (changement de vocabulaire établi par la circulaire du 5 avril 1937), ils restent en instance de dressage : pour leur donner la capacité de se faire l'écho du savoir médical (voir l'ambitieux programme d'études prévu par l'arrêté de 1930), ce qui est une autre manière d'occulter leur savoir empirique sans qu'ils puissent prétendre avoir vraiment accès à la science de leurs supérieurs hiérarchiques ; mais aussi, comme s'il fallait conjurer surtout la barbarie du gardien, pour en faire de vrais hommes.

Ainsi se comprend l'importance accordée à la formation morale dans par exemple, la conférence donnée par le docteur F. Adam, en décembre 1936, aux apprentis infirmiers de l'hôpital psychiatrique de Rouffach, reprise dans l'opuscule déjà cité. L'infirmier se retrouve dans une position analogue à celle de l'aliéné au moment de la naissance de la psychiatrie : il s'agit de le rendre capable d'agir sur lui-même, de le faire participer à sa propre domestication en se constituant à la fois comme sujet autonome et sensible aux impératifs qui sont définis par son statut, plutôt que d'utiliser uniquement l'adhésion forcée à l'institution par une discipline imposée de l'extérieur.

Le type de formation qu'implique cette perspective prend des aspects divers, voire contradictoires, comme le montre le texte de F. Adam : un aspect "progressiste", avec la référence aux "lois sociales" du Front populaire, la dénonciation des "matamores" et des "fiers-à-bras", la recommandation de traiter chaque malade "comme s'il était ton père, ton frère ou ton fils" (op. cit., p. 4 ; F. Adam met la phrase en grands caractères), l'insistance sur la nécessité d'être tourné vers l'avenir, contre le passéisme lourd de responsabilités de "prétendus chrétiens" (id., p. 46), enfin le souci d'éveiller la conscience de ce "personnel nouveau" par la valorisation de leur fonction : "Vous n'êtes pas des gardiens, mais des infirmiers. Vous êtes les collaborateurs des médecins et des collaborateurs qui, tel Pussin, peuvent être très précieux" (id., p. 7). Mais l'incitation à faire preuve, à l'image de ce surveillant modèle, d'"intelligente initiative" (id.) n'est pas le seul aspect de la formation envisagée ; en particulier, parce que ce discours à caractère social et philanthropique s'accompagne de la référence aux valeurs les plus traditionnelles, à une conception que l'on peut qualifier de bourgeoise de la morale personnelle en premier lieu ; F. Adam utilise ainsi l'ouvrage de Laudet, *Politesse et savoir-vivre*, pour mettre en garde les futurs infirmiers contre la grossièreté, l'usage de "termes populaires" (id., p. 15) et la mauvaise tenue : « Nous vous demanderons de vous montrer corrects, d'avoir de la tenue. Je sais bien qu'aujourd'hui, quantité de jeunes gens, qui se croient fort cultivés, en manquent totalement. On les voit conserver leurs mains dans les poches, la cigarette à la bouche, tout en s'entretenant avec un supérieur, voire avec une dame » (id.). La leçon est d'importance, car il s'agit en fait de rompre avec le laisser-aller et le défaut de maîtrise de soi propre, semble-t-il, à ces non-techniciens et ces sous-hommes que sont les ouvriers ; en plein Front populaire pour lequel il témoigne sa sympathie. F. Adam n'hésite pas à citer le journal d'extrême droite, *L'Action française* du 23 novembre 1936, rendant compte ainsi d'un cortège d'hommes de gauche : « Presque tous les hommes fument et ont les mains dans leurs poches » ; et F. Adam de commenter : « Vous voyez que la tenue en impose même à qui vous est farouchement hostile » (id., p. 16). Autre élément frappant, la référence à l'armée qui, certes, renvoie banalement au monde culturel dominant la société française de l'époque, mais qui souligne la difficulté à se représenter l'institution psychiatrique au moyen seulement de références médicales ou morales : lorsqu'il développe l'idée selon laquelle, face aux malades, il faut montrer sa force pour n'avoir pas à s'en servir, ce n'est ni Pussin, ni Pinel, ni Esquirol que cite F. Adam, mais le maréchal Lyautey ; ou encore lorsqu'il veut expliquer les dangers des préjugés dont sont l'objet les aliénés, c'est l'institution militaire qu'il donne en exemple comme lieu de connaissance et d'apprentissage du "sens critique"... : « Comparez l'idée que vous vous faisiez d'un asile ou d'un aliéné, la veille de votre entrée en fonctions comme infirmier, avec celle que vous vous en faites maintenant ! Rappelez-vous tous les "bobards" dont vous avez déjà eu à reconnaître le mal-fondé ! Rappelez-vous, par exemple, tout ce qu'on vous avait raconté sur la vie militaire avant votre incorporation ; ce que l'on vous avait dit des habitudes des "Français" de l'intérieur, lesquels sont eux-mêmes copieusement induits en erreur sur le compte des Alsaciens » (id., p. 11). C'est encore de l'armée dont il est question lorsqu'il s'agit d'organiser les loisirs des apprentis infirmiers : F. Adam leur propose de conduire à Verdun pour deux jours et poursuit : « Plusieurs d'entre-vous sont sous-officiers, caporaux ou brigadiers-chefs. Or, il se trouve que tous les Français sont maintenant d'accord (pour des raisons différentes... mais peu importe !) sur la nécessité de défendre coûte que coûte nos frontières ; pourquoi ne profiteriez-vous point d'une partie de vos loisirs pour acquérir les connaissances théoriques et pratiques (...) qui vous permettraient de devenir chefs de section ? J'en connais au moins

trois d'entre-vous qui pourraient prétendre à l'épaulette » (id., pp. 30-31). Qu'un médecin-chef entende de la sorte structurer les loisirs de ses infirmiers donne une idée de la conception totalitaire qui perdure à l'asile, au nom d'un discours du Bien ; le bien des malades comme le bien des infirmiers.

On voit ainsi la difficulté de concevoir, dans tout ce cheminement historique, une progression linéaire conduisant à un saut qualitatif du gardien à l'infirmier psychiatrique par la socialisation de la barbarie... Et si l'histoire de la profession reste à faire, en particulier pour la période allant de 1939 à nos jours, il n'est un mystère pour personne qu'il faudra attendre encore longtemps pour que cette histoire devienne autre chose que l'histoire d'un échec répété, pour que le gardien cesse de survivre dans l'infirmier.

Marcel Jaeger

Elève-infirmier psychiatrique

(Séminaire de M. Gauchet et G. Swain, Paris, 18 mars 1981)

CORRESPONDANCES

1. De X... infirmière

Depuis de nombreuses années je travaille comme infirmière dans cet univers carcéral qu'est l'hôpital psychiatrique. Ce qui s'y passe tous les jours est affreux, *drogues massives aux récalcitrants, interdiction de sortir pour des malades en placement libre — on leur retire leurs papiers d'identité, leurs vêtements personnels* — (ainsi, pas de fuite). Les hospitalisés sont logés dans des dortoirs de 10 personnes et plus, une baignoire, une douche, deux lavabos et un W.-C. pour 10/13 personnes. Le prix de journée est exorbitant et les repas dégoûtants.

Dans le service où je travaille, le *Médecin-Chef ne passe jamais, à moins, bien sûr, qu'il "y ait le bazar", on fait appel à lui pour qu'il augmente les neuroleptiques et ainsi le problème est réglé.*

Les hospitalisés vont "se réadapter" au travail à l'*ergothérapie*. L'*ergothérapie* qu'est-ce que c'est ? Pour la somme modique de 3 à 4 timbres par jour, ils vont se faire exploiter aux cuisines (épluchage des légumes, des kilos d'oignons), à la blanchisserie, buanderie, ou encore bonnez chez les médecins-chefs et directeur et j'en oublie... *Sous le couvert de réadaptation, on les envoie au C.A.T. (Centre d'aide par le travail) où là ils travaillent au rendement pour des entreprises extérieures et ce, pour la somme de 120 F par mois pour près de 160 h de travail/mois.*

Ce que j'ai vu comme horreur depuis que je travaille est inimaginable. Dans l'hôpital où j'ai passé mon diplôme, une lobotomie faite à une jeune fille qui, par malheur avait vu une surveillante étouffer avec un oreiller une autre hospitalisée. Des gens que l'on retenait de force à l'hôpital. Des dits suicides provoqués par le personnel.

Dernièrement dans un service, le personnel a eu à choisir pour un jeune garçon de 15 ans entre la lobotomie et un pavillon dit "de force" pour malades soi-disant difficiles : cette dernière solution a été retenue. Dans un autre service, le médecin-chef a proposé une lobotomie pour une jeune fille de 18 ans qui ne pose pas de problème lorsqu'on s'en occupe. Ce même médecin ayant fait sa thèse sur le Lithium, tout le pavillon en a ingurgité à qui mieux mieux.

J'ai également vécu cela dans un service où l'interne avait touché un chèque d'un million de la part du laboratoire parce qu'il avait expérimenté du "quitaxon" sur tout le pavillon, ceci en 1970 : un hospitalisé est mort étouffé malgré ses plaintes de tous les jours ; "j'étouffe, j'étouffe", on ne l'écoutait pas, c'était "un fou". J'ai vu des infirmiers tabasser des malades, les exciter entre eux, et ce, dès le lever.

L'AFFAIRE MICHEL V... à CHAMBÉRY ou l'ÉCRASEMENT par la Police, la Justice et la Psychiatrie. DÉFENDONS-LE !

Le 24 juillet 1981 nous recevons du GIA Chambéry une lettre signée de Michel V... qui authentifie ainsi l'ensemble des faits rapportés ci-dessous.

"Cher Camarade,

Je pense que les GIA et MISE A PIED auront à se pencher sur la situation difficile et douloureuse de Michel V... pour laquelle un combat long et difficile devra être mené avec ténacité.

Nous sommes devant une somme de contradictions juridiques qu tu seras à même d'apprécier et qui, actuellement, aboutit à ce que j'appelle "une monstruosité" : il est interdit à ce patient de recevoir ses enfants pendant la durée de son hospitalisation. Je cite l'ordonnance du 6 mars 1981 prise par le Juge des Affaires Matrimoniales, Président du Tribunal : « Disons par ailleurs que Monsieur Michel V... ne pourra recevoir ses enfants pendant la durée de son hospitalisation effective, si hospitalisation il y a ».

Je t'adresse le double d'une lettre que j'ai envoyée moi même au Président du Tribunal suite à cette ordonnance. Je n'ai naturellement aucune réponse de toutes mes interprétations sur ce sujet, en particulier, auprès du Procureur au sujet de l'Hôpital Psychiatrique normalement protecteur du patient.

J'ai écrit au Ministre de la Justice. Michel V... de son côté n'est pas resté inactif. En fait, tout s'inscrit dans une affaire un peu plus complexe et remonte au 18 avril 1970. Nous aurons l'occasion de revenir sur tout ce qui s'est passé jusqu'alors.

Mais il est bon de savoir que, jusqu'à son service militaire qu'il a effectué dans les meilleures conditions, Michel V... n'a jamais eu de problèmes avec quiconque à cette époque là. Il a hérité de la mauvaise image de marque de son père (ses parents divorçaient). Lorsqu'il fut interpellé en avril 1970, avant toute chose, on lui a reproché d'être le fils d'Emile V... Il fut copieusement passé à "tabac". A fait un mois d'hôpital et a porté plainte contre les gendarmes.

Depuis cette date, les interpellations par la gendarmerie n'ont pas cessé. En effet, la plainte de Monsieur Michel V... si elle n'a pas abouti lui-même, elle n'a pas été sans effet pour la brigade.

Il semble que le souci de le "coincer" ait été l'obsession des forces de l'ordre qui le connaissaient et pouvaient savoir aussi bien que nous Michel V... "s'il est cousin du lièvre ou du chevreuil", comme il dit lui-même, n'a pas l'habitude d'embêter le monde gratuitement.

Michel V... s'est marié le 8 avril 19... De son mariage, il a eu 2 petites filles qui ont maintenant grandi et qui sont âgées maintenant : N... 9 ans et C... 4 ans. Je les connais elles sont adorables. Mais voilà, il fallait "coincer" Michel V... qui a essayé de s'en sortir dans l'élevage des volailles, puis dans les A... puis en tant que forestier. Mais les amendes pleuvaient à la maison et on peut bien comprendre que la famille qui reçoit si souvent la visite des gendarmes, finit par ne pas avoir la côte auprès de ses voisins.

Plusieurs fois, Michel V. a été incarcéré. Aucune de ses incarcérations ne s'est terminée par une condamnation. Michel V. aurait bien aimé avoir un garçon en plus des deux filles, mais au cours d'une de ses incarcérations, une assistante sociale a purement et simplement fait avorter sa femme sans lui demander son avis. L'engrenage était bien engagé. Michel V. a suffisamment de fierté pour ne pas se plier devant ces attitudes.

Lors de la dernière incarcération longue de 6 mois et 17 jours pour l'inculpation de coups de poing, son épouse formule une demande en divorce mais lorsque je la rencontre, elle n'était guère moins hésitante sur ce sujet. Il semble bien que le ménage effectivement, en avait parlé, mais Madame V. était aussi attachée à son mari que Michel à sa femme.

Là, encore, certains services sociaux jugeant à leur manière, semblent avoir favorisé une démarche chez une épouse seule et en désarroi manifeste.

Nous verrons plus loin la logique de tout cela mais ce qu'il faut savoir maintenant, c'est que, à peine sorti de six mois de détention préventive sans qu'un jugement ait été prononcé, Michel V. s'étant remis avec sa femme, se trouve à nouveau incarcéré puis transféré à l'Hôpital psychiatrique. Incarcéré pourquoi ? une somme de faits insignifiants, en particulier délit de fuite et s'être réfugié dans le Palais de Justice...

Quelques jours après, il est adressé à l'hôpital psychiatrique par le Procureur "nonobstant des hommes de l'art", c'est-à-dire

à deux reprises Michel V. avait été soumis à une expertise et que, par deux fois, les psychiatres eux-mêmes l'avaient reconnu responsable de ses actes et, malgré deux expertises concluant dans le même sens, Michel V. se trouve interné en placement d'office.

Il porte plainte. Aucune réponse. Nous accueillons ses deux enfants à l'hôpital, c'était l'été, les vacances et les deux fillettes pouvaient y passer de bons moments. Sans être sollicité, sans motif aucun, un juge des enfants décide de retirer C. et N. et de les confier à la mère. Après cela, bien encadrée par les services sociaux, Mme V. et les deux filles disparaissent.

Depuis "septembre 80", Michel V. ne les a jamais revues. Lorsque nous demandons au juge des enfants qu'il puisse exercer le droit de visite par ordonnance : pas de réponse. Notons que la décision du juge des enfants a été prise sur un rapport d'une assistante sociale, Mme V. qui semble avoir été convoquée auprès du magistrat qui n'avait vu, et n'a toujours pas vu Michel V. Ce rapport a été fait sans qu'elle daigne rencontrer celui qui en est la douloureuse victime.

J'ignore les motifs qui ont poussé Mme V. à agir ainsi car plusieurs lettres sont restées sans réponse sur ce point particulier.

Michel V. porte plainte pour détournement de mineures. Pas de réponse. Quelques temps après, alors qu'en sortie d'essai, il se réinstalle dans son logement, il se trouve expulsé de ce logement : comment ? Son mobilier et ses biens propres sont enlevés sans doute au nom de son épouse, encore par des services sociaux. Entre-temps, il est bon de noter que Michel V. étant interné, la procédure de divorce était suspendue.

On le fait donc interner pour pouvoir exécuter un divorce et on découvre que cela n'est plus possible à partir du moment où il est hospitalisé. Que fait-on alors ? On demande une nouvelle expertise pour prouver qu'il n'est pas malade mental. Mais le Procureur, pour autant, ne demande pas sa sortie.

Ainsi Michel V. lorsqu'il a été interné, a porté plainte pour internement arbitraire ce qui, normalement, aurait justifié une expertise, car, pour poursuivre le divorce, il fallait le découvrir sain d'esprit. A ce moment-là, on demande une nouvelle expertise alors qu'on aurait pu aussi bien prononcer sa sortie de l'hôpital par décision du Procureur. La procédure de divorce est donc bloquée et normalement, en pareille circonstance, les conjoints se doivent assistance.

En fait, rien n'est fait pour rapprocher le couple.

Le Ministère de la Justice dispose pourtant du Comité d'Orientation et d'Education Educative qui fait des thérapies familiales et aurait pu être sollicité au bout de toutes ces péripéties et de ces contradictions incroyables.

Il y a là souffrance d'un homme, de ses enfants et certainement de sa femme. Il y a aussi un combat à mener pour le justifier et contre cette installation de la psychiatrie dans laquelle finalement les responsables paraissent s'être fait piéger.

Mais que peut-on constater à l'heure actuelle ? Il n'y a pas divorce légalement et cependant les époux sont séparés, les enfants sont éloignés de leur père. Il n'y a plus de domicile conjugal, il n'y a même plus de domicile pour Michel V. qui se trouve dépourvu de tout.

Autrement dit, sans qu'un jugement ait été rendu, la séparation du couple existe dans tous ses effets avec la caution de la Justice, caution même renforcée par cette ordonnance que j'ai citée d'abord, par laquelle le patient ne pourra pas voir ses enfants tant qu'il sera hospitalisé.

Que penser de tout cela ? Eh bien "on dit" que Michel V. est dangereux mais nous qui le connaissons ici, pouvons assurer que personne n'a eu peur de lui, qu'il est agréable, sociable.

Je dis, moi : Voudrait-on rendre n'importe lequel d'entre nous dangereux, on n'agirait pas autrement. Il est certain que par ses démêlés avec les gendarmes, Michel V. les a dressés contre lui. Mais comment chasser d'une région un homme entouré de sa famille et de ses enfants ? Un homme seul est plus facile à détruire qu'un père de famille.

Tout cela s'inscrit dans la même logique d'exclusion sociale. Je te prie d'agréer, cher camarade, l'expression de mes salutations distinguées.

Le 13 octobre 1981 nous recevons une lettre du GIA Chambéry qui nous propose un "appel au soutien de Michel V." dans les termes suivants :

« Pour Michel V., il est URGENT D'AGIR ! Envoyez-nous une pétition ou un télégramme, ou une lettre, pour protester contre la non-communication de l'adresse des enfants, le non-respect du droit de visite, l'expulsion de son logement, la non-réception des plaintes, la provocation constante de la gendarmerie, le blocage général de l'appareil judiciaire qui stagne dans des inégalités inadmissibles dont la psychiatrie ne constitue qu'un relais. »

Le 20 octobre 1981, nouvelle lettre du GIA Chambéry : la gendarmerie a essayé d'enfermer Michel V. dans un piège policier en lui faisant miroiter qu'elle a retrouvé l'adresse de ses enfants. La gendarmerie, en venant le trouver chez sa mère, cherche seulement à embarquer Michel V. physiquement et à le mettre à l'ombre. En effet, rendu prudent par les menaces qui pèsent constamment sur lui, il fait sur le champ confirmer par téléphone que ni la police ni le procureur de la République n'ont l'adresse de ses enfants.

Nous vous proposons de vous engager résolument dans une aide active à Michel V. :

- Par une lettre personnelle de soutien que vous envoyez au GIA Chambéry,
- par une proposition d'aide financière que vous pouvez faire au même groupe,
- par l'envoi au Procureur de la République du texte ci-dessous que vous signez, datez et envoyez au GIA Chambéry. (GIA Chambéry 2, rue Victor-Hugo 73000 Chambéry).

Texte à adresser au GIA Chambéry à l'adresse ci-dessus :
(découper)

Monsieur le Procureur de la République du Tribunal d'Albertville,

J'ai été (nous avons été) informé de l'ensemble des faits concernant Michel V. de la région de Chambéry. Nous relevons la liste des abus dont il est victime systématique : Emprisonnement sans condamnation, Provocations constantes de la gendarmerie, Refus de recevoir ses plaintes, Refus de recherche de ses enfants, Non-communication de leur adresse, Non-respect du droit de visite, Expulsion de son logement et saisie de ses meubles, Arbitraire de son internement d'office, en fait Atteinte volontaire à ses libertés de la part de l'Administration et Blocage général de l'appareil judiciaire à son endroit.

Je proteste (nous protestons) contre ces procédés indignes d'un pays "démocratique" et faisons le nécessaire pour le défendre.

X le
Nom et prénom
Adresse et profession
facultatives

Signature

(suite de la page 44)

Ce qui se passe pour un hospitalisé en psychiatrie est immonde, personne ne croit en ce qu'il dit : "il est fou". Tout est bouclé en Hôpital psychiatrique ; dans ces lieux, on robotise les travailleurs.

Je puis affirmer ici qu'à partir du moment où un être franchit la porte d'un dispensaire dit "d'hygiène mentale" ou de "l'hôpital psychiatrique", il est fichu, comme une mort lente.

Je puis affirmer que le secteur est un flicage de la population, car l'infirmier qui va voir le soi-disant X ou Y va en rentrant, remplir une fiche pour le psychiatre où tout sera ratifié, ses moindres mots seront inscrits et "interprétés" par le mage qu'est le psychiatre.

Où je travaille et où j'ai travaillé, il y a des gens hospitalisés qui jamais ne s'en sortiront.

La psychiatrie, c'est du vent.

X, infirmière,

2. De Louis Capitaine, Paris

« La psychiatrie est utilisée en France comme moyen de répression et, à cet égard, une telle utilisation d'une branche de la médecine, par ailleurs fort discutée, est passée sous silence.

Spécialité médicale, la psychiatrie a la particularité d'enfreindre souvent le code de déontologie dans nombre de ses articles. Elle permet, en effet, au praticien requis de sortir "de l'objectivité et de l'indépendance" prescrites et de se mettre au service du pouvoir, pouvoir d'Etat ou pouvoir patronal.

C'est ainsi que le travailleur qui revendique ou qui se défend dans son entreprise ou dans son administration peut être qualifié de malade mental, et que toute activité peut alors lui être interdite. Le rapport médical établi à cet effet repose sur un "pronostic" retenu à l'avance choisi dans un catalogue d'apparence savante. C'est ainsi qu'un "expert" ou un "spécialiste agréé" peut déclarer qu'un accidenté du travail réclamant réparation est atteint de "sinistrose" ou de "névrose de rente". Plus généralement celui qui s'oppose au pouvoir en place peut être déclaré "schizophrène".

De tels abus existent dans les entreprises, notamment à l'encontre de travailleurs étrangers, et dans l'administration à l'égard des fonctionnaires. Les ministres, c'est bien en France, utilisent ce moyen pour se défaire de personnel. Ce sont les cas récents : Maymaud à l'Intérieur et Griffon à l'Education Nationale.

Au nom de la Liberté, dont se réclame tout le monde, nous dénonçons ces faits en demandant que soient rapportés les actes de cette nature, et réparation pour les personnes ainsi touchées. »

3. De X... Toulouse

DANS LA VIE IL N'Y A PAS QUE LA PSYCHANALYSE :

« Qu'on foute la paix aux malades de la Cerveille ! Qu'on cesse de les emmerder avec des sermons d'assistance sociale du genre "s'assumer", "se prendre en charge", "se secouer", "prendre conscience de", et autres balivernes. Ils n'ont pas plus à mériter leur guérison que les biens portants n'ont mérité leur santé. Ce n'est pas au bout de trois mois d'exercice de relaxation (ou quelque autre faribole) ou après trente ans de psychanalyse qu'ils ont besoin de repos, c'est le plus vite possible, ce soir, tout de suite. Ce à quoi échouent les psy, écologistes, et annonceurs de grand soir, auteurs d'hymne pour célébrer la venue imminente du Père Noël :

"Quand la révolution aura triomphé", "Quand j'aurais eu un orgasme en palliers", "Quand j'aurais fini ma psychanalyse", "Quand j'aurai accompli mon devoir extra conjugal", "Quand mes émotions refoulées auront ressurgi de mon subconscient au cours d'une dramatique séance de REBIRTH (ou de PRIMAL thérapie de groupe...)", "Quand à la suite d'un long et pénible entraînement, j'aurai réussi à prendre conscience des tensions cachées de mon corps et libéré de ses tabous judéo-chrétien mon esprit". Quand, quand, quand...

Alors je pourrais goûter la paix et me reposer.

Quand je serais mort, tout ira bien mieux.

En attendant, il y a de quoi se simplifier la vie, à la portée de la main dans les boutiques de régime et les pharmacies, avec les doses anticarcinogènes de vitamines, sels minéraux et oligo aliments. Mais c'est formellement interdit par les écologistes (les laboratoires ce n'est pas "bio") et par les mandarins de la faculté (c'est trop simpliste, et si on guérit, où trouver des clients ?).

Les pédés qui souffrent de l'être, les déprimés et les anxieux peuvent trouver un soulagement auprès des thérapies comportementales qui suppriment le symptôme par éducation, récompense et punition, mais au regard de la gauche éclairée, c'est fasciste. Et puis c'est un vilain péché ; un autre symptôme remplacera l'ancien, et on aura manqué la réalisation de "l'homme en soi", but des psychanalyses. Jamais on ne deviendra un "initié".

C'est incroyable le degré d'infantilisme ou Freud et ses fils et petit-fils ont plongé le public. On ne le croirait pas si on ne l'avait pas sous les yeux. Ici c'est un kinésithérapeute expliquant l'échec du traitement d'un masséter par des "troubles psychologiques au niveau de la sphère orale", là c'est la dactylo qui gribouille des dessins "pour tenter de plaire à son père". Le découragement s'empare de ceux qui n'ont pas les moyens de se payer une analyse, faute de laquelle ils ont le sentiment d'être livré à des forces qu'ils ne peuvent ni maîtriser, ni comprendre. Déjà au nom de la psychanalyse (par le biais de l'éducation sexuelle) l'Etat s'arroge le droit de fourrer sa main dans notre slip sous prétexte de santé publique. Si le sexe devient gratuit, laïc et obligatoire, pas étonnant que croisse le nombre de ceux qui ne peuvent plus bander, et qui viennent consulter pour impuissance. Ce n'est pas que ridicule, c'est catastrophique.

On voit traiter par quinze ans d'analyse une crise d'angoisse dont une injection de calcium serait venu à bout. Sonder l'œdipe de malades carencés en vitamine B3. Le docteur Salmanoff (médecin de Lénine) estimait que par des traitements purement physiques (et par une alimentation non carencée) on pouvait vider les asiles psychiatriques des trois quarts de leurs pensionnaires. Ce qui dédramatise beaucoup les états d'âme des petits anxieux et des obsédés ; en les relativisant. Alors que les psychothérapeutes ne font que les consacrer et les exacerber. Halte aux exploiters de la misère quotidienne des corps. Halte aux théoriciens de la rédemption par l'effort et la souffrance, aux charlatans du yoga, aux zéloteurs du dépassement de soi.

Paresseux de tous les pays, Reposez-vous. »

SOMMAIRE

- **Edito**, alors ça endort, la gauche ! page 2
- **Une approche de la vie asilaire**, la vie sociale et familiale des malades (naissance, résidence, études, travail et profession), le statut psychiatrique (âge, situation et temps passé) pages 3 à 7
- **Textes de psychiatrisés** pages 8 à 12
- **Lieux de vie**, Las Carboneras, Confist, Casa da Palmeira et "Lieux de vie du C.R.A." pages 13 à 16
- **La psychiatrie, la socio-politique et la législation**, remue-ménage en psychiatrie, le système psychiatrique évolutif et fidèle à lui-même, facteurs de changements politiques, les psychiatres et la loi de 1838, la proposition de loi H. Caillavet, le rapport Barrot, la loi Peyrefitte commentée dans le détail par D. Mathieu, B. Langlois, Ch. Beauchamp et E. Larroque avec un tableau central des textes du travail législatif pages 17 à 33
- **Nouvelles importantes** : G.A.M.I.N. stoppé, et reconnaissance du tribunal de Strasbourg page 33
- **Nouvelles** de France et d'ailleurs, le S.P., l'affaire PETILLOT pages 33 à 35
- **Le gardiennage psychiatrique de la Révolution Française au Front Populaire**, Pussin et Pinel, recrutement et état, stratégie médicale et internat, costume et punition, vers les travailleurs de la santé mentale par l'assainissement, la féminisation, et la formation générale et morale pages 36 à 44
- **L'affaire Michel V... à CHAMBÉRY**, ou l'écrasement par la police, la justice et la psychiatrie, par le G.I.A. Chambéry pages 45 et 46
- **Correspondances** sur l'H.P., la psychiatrie et le travail, et la psychanalyse pages 44 et 47

MISE A PIED BP 2038 31018 TOULOUSE CEDEX

Quatre numéros par an

Abonnement simple 50 F l'an

Abonnement de soutien 100 F

Paiement par chèque au nom de E. LARROQUE

Pour librairie et diffusion écrire.

Joindre timbres pour correspondance, pas de chèque inférieur à 20 F (timbres).

Directeur de la Publication : E. LARROQUE

N° CPPAP : 60077

Dépôt Légal : n° 15 et 16 - 3^e et 4^e trimestre 1981

Imprimerie SACCO - TOULOUSE

GIA et autres groupes de lutte contre la Psychiatrie

CRAAP c/o GERR, 9, rue St-Vivien - 76000 ROUEN

CEEPP c/o Erik Burmann, B.P. 0442, 37004 TOURS Cedex

GIA Chambéry, 2, rue Victor Hugo, 73000 CHAMBERY

GIA Lyon c/o M. Dumoulin, BP 8461, 69359 LYON Cedex 2

GIA Midi-Pyrénées, BP 5020, 31032 TOULOUSE Cedex

Pour les autres groupes, MISE A PIED transmettra.