

BARTHOLD BIERENS DE HAAN

# Dictionnaire critique de psychiatrie



PIERRE-MARCEL  
FAVRE

Dictionnaire  
critique  
de  
Psychiatrie

Si vous désirez être tenu au courant des publications de l'éditeur de cet ouvrage, il vous suffit de nous envoyer vos nom et adresse.

© Copyright 1979 et 1986 by **Pierre-Marcel Favre, publi S.A.**

**Siège social :**

**29, rue de Bourg, CH-1002 Lausanne, Suisse.**

**Tél. 021/22.17.17. Tél. de Paris 19.41.21/22.17.17.**

Paris: 2, rue de Sabot. F-75006 Paris. Tél. 45.48.68.85.

Dépôt légal en Suisse en 1979

Tous droits réservés pour tous pays. Toute reproduction, même partielle, par tous procédés, y compris la photocopie, est interdite.

ISBN 2-8289-0032-X

Barthold Bierens de Haan

Dictionnaire  
critique  
de  
Psychiatrie

PIERRE-MARCEL  
FAVRE

Quand, pour quelque raison que ce soit, les souhaits ou les intérêts de base du patient ne peuvent pas être respectés, ce patient doit en être informé.

*Déclaration de Hawaï* (art.7)  
6<sup>e</sup> Congrès de l'Association Mondiale de  
Psychiatrie  
Honolulu, 28.8.1977

Que voilà de charmants habits, se dit l'empereur ; en les portant, je pourrai distinguer les gens intelligents des sots ! ... Tout le monde dans la rue et aux fenêtres disait : Dieu ! comme le nouveau costume de l'empereur est splendide ! quelle belle traîne il a ! Comme il est d'un bel effet ! Personne ne voulait qu'on s'aperçût qu'il ne voyait rien, car cela aurait prouvé qu'on aurait été très bête... — Mais il n'a rien sur lui ! dit un petit enfant. — Grand Dieu, entendez la voix de l'innocence, dit le père. Et chacun de chuchoter à son voisin ce que l'enfant avait dit. — Il n'a rien sur lui, un petit enfant dit qu'il n'a rien sur lui. — Il n'a rien sur lui\* ! cria finalement tout le peuple. Et l'empereur eut un frisson, car, il lui semblait bien que ces gens avaient raison.

H.C. ANDERSEN

---

\* *Streaking* : Mot importé des Etats-Unis, désignant une déambulation rapide d'un *sujet entièrement nu*, dans un lieu public (to streak = courir comme un éclair).

La démonstration s'apparente plus à l'hystérie, avec son côté spectaculaire, qu'à l'exhibitionnisme, plus secret. On observe parfois de telles manifestations au cours de la confusion mentale et des bouffées délirantes.

Antoine POROT

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Cet ouvrage est dédié à toutes celles et à tous ceux qui, comme moi, ont peur des psychiatres.

Pour sûr, cette peur est générale ! Elle est même si répandue que de savants docteurs, toujours astucieux, ont décidé de l'exploiter et d'en faire leur gagne-pain.

A l'oreille de leurs crédules clients, ils chuchotent qu'il faut être un peu fou pour avoir peur d'eux. Sûrs de leur effet, ils marquent une petite pause. Puis dans leur grande compassion, ils proposent de les guérir de cette douce folie...

Avant de se remettre entre leurs mains et d'entreprendre ce triste et dur voyage de la psychiatrie, nous tous, les malades, les exclus, les paumés, les fous de lucidité, nous devons maîtriser notre peur et tranquillement mesurer les pouvoirs que certains spécialistes se sont octroyés avec leur pseudo-science.

Un homme averti en vaut deux, dit le proverbe. Notre adage, quelque peu différent, prétend qu'un fou bien renseigné vaut beaucoup plus que deux prétendus normaux, confiants et ignorants dans leur naïveté !

Vladimir Boukovski nous aura prévenus : « Si l'utilisation abusive de la psychiatrie a commencé dans votre pays, il est déjà trop tard. Vous commencerez à vous battre, mais il est probable que vous serez tenu pour fou et interné. »

*Ce livre doit beaucoup aux amis du Réseau Alternative à la Psychiatrie. A l'origine, nous aurions dû l'écrire ensemble, collectivement. Au printemps 1976, après l'internement arbitraire d'un étudiant en droit, il nous semblait urgent de rédiger une brochure destinée à tous les malades internés, pour les renseigner sur ce qui se passe à l'hôpital psychiatrique et leur rappeler leurs droits. Le temps nous a manqué pour continuer ce travail et réaliser ce livre. Finalement, la direction de l'hôpital psychiatrique est venue à notre aide en mettant l'un des nôtres, l'auteur, au chômage forcé par un renvoi intempestif, lui donnant ainsi du temps pour écrire. Qu'elle soit ici chaleureusement remerciée de sa compréhension et de sa collaboration ! Il est évident que les opinions contenues dans ce livre n'engagent que celui qui l'a écrit et, en aucun cas, les membres du Réseau.*

# INTRODUCTION





### Le voyage forcé\*

Le voyage dont il sera question dans ce livre n'est pas naturel. Pour beaucoup, il est au-dessus de leurs forces. Mais son caractère inévitable, obligatoire parfois, et l'impression qu'il se fait souvent malgré soi, obligent à le considérer avec lucidité. En outre, c'est un voyage forcé, qui s'accompagne donc comme les travaux du même nom, d'une privation de liberté. Cette mesure grave, touche en bien des endroits plus de la moitié des voyageurs<sup>1</sup>. Elle mérite réflexion pour se préparer à la combattre. De quel périple s'agit-il ? Souvent la *folie a été* comparée à un voyage. *Folie* du voyage. Voyage de la *folie*. Pure et dure démarche au centre de soi-même, dont on reviendrait, certains le disent, enrichi et augmenté. Peut-être. Ce n'est pas de ce voyage-là qu'il sera question, mais d'un autre, combien plus terre à terre, grossier et vulgaire, celui que nous réservent à l'asile les psychiatres et leurs acolytes. Alors que la

---

\* *Forcé* (Nouveau Petit Larousse Illustré) :  
ad], qui n'est pas naturel : rire forcé  
qui est au-dessus des forces ordinaires : marche forcée  
qui est inévitable : il gagnera, c'est forcé, // est le plus fort  
qui est obligatoire : cours forcé  
qui se fait malgré soi : avoir la main forcée  
qui fait allusion à une peine afflictive et infamante de privation de liberté : travaux forcés

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*folie* reste pour beaucoup un territoire interdit et mystérieux où il est dangereux de s'aventurer sans guide, l'excursion au pays des fous et des psychiatres n'a rien de mystérieux ni d'interdit. C'est une épreuve pénible et douloureuse, semée d'embûches et de dangers, rythmée de désillusions, qu'il faudrait pouvoir éviter. C'est un voyage forcé, un passage obligé, qu'il est préférable de connaître par avance, afin d'en suivre si possible les méandres et le déroulement.

Ce livre voudrait renseigner sur la réalité de l'asile psychiatrique, pour que chacun puisse s'y retrouver, s'y situer et s'y défendre. Il a été rédigé comme un guide touristique, afin que le lecteur puisse aussi bien préparer le voyage en psychiatrie, s'il ne peut le prévenir, que s'orienter dans cet étrange pays, si d'aventure il s'y perd.

Car à notre époque de grands voyages organisés et de vacances accélérées, le touriste est renseigné, préparé, informé, assuré, voire dédommagé d'avance par de multiples et efficaces agences, d'excellents guides et de belles cartes géographiques qui font rêver... Pour qui voudrait préparer son voyage en psychiatrie, il n'y a ni agence, ni carte, ni guide. A l'intérieur du monde asilaire, le patient, pauvre voyageur hébété, cherche désespérément quelques informations.

Ce petit guide se présente ainsi : en guise d'introduction, quelques renseignements sur les grandes étapes d'une hospitalisation en psychiatrie, puis un lexique expliquant certains termes et techniques que le patient pourrait rencontrer en cours de traitement et, pour conclure, l'évocation d'une réponse possible autre que celle traditionnelle, des psychiatres.

En mettant ces renseignements à la disposition du public, ce livre voudrait redonner une parcelle de pouvoir aux usagers de la psychiatrie, car de tout temps, Il est apparu que l'homme le plus démuné est celui qui, opprimé, n'a pas accès aux mêmes informations que son voisin.

Le nombre des malades traités par les psychiatres augmente partout d'année en année. Depuis 1950, la courbe des soins psychiatriques à la population est en hausse constante. A l'heure actuelle une personne sur cinq a un contact avec la psychiatrie. Un bon tiers de la population consulterait au moins une fois dans sa vie un psychiatre ou un psychologue, comme le rappelait récemment un

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

« grand patron » triomphant. Il annonçait, en se frottant les mains, la hausse persistante des troubles psychiques et décrétait, après mûre réflexion, qu'elle était « due à l'évolution de la société qui remplace perpétuellement les modèles d'homme dit *normal* !<sup>2</sup>. » Sur vingt malades hospitalisés, chaque fois il y en a un qui se rend en milieu psychiatrique pour y rester trois mois en moyenne. Ce qui fait que le tiers de toutes les journées d'hospitalisation se déroulent entre les murs de l'asile<sup>3</sup>. A considérer ces chiffres, on ne peut que reconnaître qu'à l'avenir, de plus en plus de gens seront conviés ou forcés au voyage en psychiatrie. Peut-être n'est-il plus temps d'ignorer ce qui se passe à l'intérieur des asiles ou dans le secret des bureaux des thérapeutes.

Un mot encore sur la peur des psychiatres dont nous sommes tous frappés. Les psychiatres sont de drôles de gens. Enfin, façon de parler ! Ils savent bien que le public les craint, mais cela ne les intéresse pas. Pire, cela leur procure parfois bien du plaisir, merci pour eux ! Au lieu de se demander en quoi leurs pratiques font peur, et pourquoi leur pouvoir inquiète, les psychiatres ont coutume de dire qu'il faut être un peu *fou* pour les craindre.

L'auteur, coupable de ce petit livre, l'est aussi d'avoir reconnu sa crainte des psychiatres ! Il aggrave son cas et n'échappe donc plus à la *folie*. La sienne, comme un illustre spécialiste se plaisait à le lui rappeler, se situe dans le grand groupe, lourd de pathologie, des personnalité narcissiques et exhibitionnistes, agressives et immatures, que seule (et encore !) une thérapie brève centrée sur le problème de la castration pourrait guérir ! Le propre de la *folie* serait de priver le *fou* de sa liberté de choix. Il y a belle lurette que *l'auteur fou* n'a plus cette liberté : entre, d'un côté, les psychiatres, la défense de leurs intérêts et la protection de la société et, de l'autre, les malades, la défense de leur autonomie et la protection de leur indépendance, il ne peut plus choisir. Ce qu'un p.p.p. (= petit patron psychiatre !) a parfaitement résumé en le congédiant : « Vous, vous êtes toujours du côté des malades ! » Folie que tout cela, folie que d'estimer que le pouvoir des psychiatres n'est pas en rapport avec leur savoir... Sachant si peu de choses, les psychiatres semble-t-il, pourraient, au moins être gentils !

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

« Pour l'amour de Dieu, disait une patiente à son psychiatre, si vous ne savez pas ce que vous faites, fichez-nous la paix ! »<sup>4</sup> Les psychiatres n'ont pas tellement envie d'être gentils et ils ne veulent surtout pas nous fichier la paix ! Dans le fond, tout le problème est là.

A la peur de la *folie*, qui nous atteint tous, s'ajoute la peur des psychiatres et de la psychiatrie, qui n'intéresse personne. L'homme-de-la-rue, et surtout la femme-de-la-rue, connaissent sur les psychiatres et le monde des asiles des faits qui ne sont pas rassurants : *l'internement*, *l'enfermement*, les *électrochocs* et la *chimiothérapie* sont choses inquiétantes. Et le mystère qui entoure ces pratiques n'est pas fait pour diminuer la peur qu'elles provoquent. Ni le silence des psychiatres, ni leur discours assimilant la peur de la psychiatrie à la peur de la folie, ne peuvent évidemment rassurer l'utilisateur. Pour apaiser l'imaginaire, ce monde intérieur, toujours alimenté par l'ignorance de la psychiatrie, n'est-il pas plus simple de mettre informations et renseignements à la disposition de chacun ? Il faut aussi rappeler qu'à l'hôpital psychiatrique nous ne sommes pas sans défense et qu'il nous reste quelques droits. Si ce petit guide atteint ces deux objectifs, il aura bien rempli son rôle.

Rôle de transmission d'un certain savoir psychiatrique (aussi minuscule soit-il) et du langage qui lui est associé, et rôle de partage du pouvoir des médecins, partage qui est un préalable au dialogue. Voilà bientôt deux siècles que les psychiatres s'interrogent, en vain, sur la *folie* et sur son intelligibilité. En vain, parce que ni la méfiance, ni la souffrance de leurs malades n'ont diminué, et qu'à l'asile, c'est le silence qui règne. Si les malades voulaient bien, à leur tour, faire l'effort de s'interroger sur le monde de la psychiatrie, ce ne serait pas inutile. *L'espoir d'une rencontre entre le fou et son psychiatre viendra d'un geste de rapprochement que le malade fera, s'il le désire, vers son médecin*. Il le fera ou il y renoncera.

Mais pour l'instant, au seuil du troisième millénaire, il n'est plus possible d'ignorer les réalités de cette jeune science psychiatrique, née il n'y a pas deux siècles, et déjà chance-lante.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### **L'itinéraire habituel et ses embûches**

La plupart des guides touristiques, proposant des programmes de voyage, décrivent quelques itinéraires privilégiés. Le lecteur peut ainsi se familiariser avec le pays qu'il va découvrir et prévoir les étapes et les difficultés de la route. Ce petit guide voudrait offrir, à la réflexion du lecteur, un itinéraire psychiatrique type. Certes, les chemins qui conduisent de l'*état normal* à la *folie* sont nombreux et, en psychiatrie, il n'y a pas qu'un seul itinéraire. Pourtant, le passage de la santé à la maladie est rythmé de grandes étapes que l'on retrouve dans les récits de ceux qui se sont aventurés, de gré ou de force, dans ces régions inconnues. Le chemin de croix du *fou* a lui aussi ses stations, il est bon de les connaître pour préparer l'aventure et se situer dans les méandres de l'asile psychiatrique. Le lecteur va découvrir la description sommaire des sept étapes qu'il franchira successivement, avec plus ou moins de bonheur, ou de malheur... Puisse-t-il y trouver aussi la force et le courage de mieux contrôler les événements quotidiens et de se repérer dans sa longue marche à travers le tunnel asilaire. *Au bout de la folie et de la souffrance, les hommes ont placé les psychiatres et les asiles. C'est un long tunnel qui succède à un autre. Mais quelque part, pour celui qui ne s'arrête pas de marcher, il y a de l'air frais et de la lumière.*

### **Préparatifs et pressentiments**

Le départ chez les psychiatres se fait généralement si vite que les circonstances exactes qui l'ont entouré et l'ont précédé se perdent dans l'oubli. Pourtant, il y a eu ce drôle de pressentiment, rappelez-vous, cette impression vague que quelque chose se tramait dans votre dos. Souvenez-vous de ces petits riens de la vie quotidienne, de ces regards, de ces remarques... Ils auraient dû, à l'époque, vous mettre la puce à l'oreille. Beaucoup de gens s'affairaient, d'autres faisaient des préparatifs. Pas pour eux, pour vous !

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Tout commença dans un lointain passé. Un *fou* ne se fabrique pas en un jour. Il en faut, des chagrins, des peurs, des cris, des cauchemars, des malentendus et des solitudes. Certains même pensent que deux à trois générations au moins sont nécessaires pour « démasquer » la *folie*. C'est dire que l'enfant que vous étiez portait les problèmes de ses parents, que vos grands-parents leur avaient transmis. *Rien n'est plus contagieux que la non-vie*. Et l'angoisse, c'est bien connu, se transmet comme l'impétigo, de proche en proche et de père en fils.

D'où vient cette vague impression, bientôt cette certitude, de n'être *pas comme les autres* ? Depuis longtemps vous pressentiez, et redoutiez en même temps, cette différence. En famille, il y a eux d'un côté et vous de l'autre, comme à l'école, à l'usine où au bureau. Décidément, vous ne pensez ni ne réagissez comme eux. Vous ne ressentez pas les mêmes choses et vous ne comprenez pas bien ce qu'ils disent. Lorsqu'ils sont ensemble et qu'ils sont bien, vous éprouvez un étrange malaise. Les réunions de famille vous font peur, frères et sœurs vous font fuir. Mieux vaut les laisser, pensez-vous, et aller cacher votre solitude quelque part à l'intérieur de vous-même, avec vos rêves et vos espoirs. Plus tard, dans la vie, vous ferez retraite dans un monde imaginaire. Car vous rêvez d'une autre relation. Vous avez décidé de ne pas faire de compromis. Vous vous dites: « Ou bien la vraie communication existe, et je la découvre, ou alors qu'ils aillent au diable... »

Mais les autres exigent que vous vous adaptiez. Ils savent ce que vous avez dans la tête. Votre certitude *d'être autre* et votre esprit critique les irritent. Etranges étrangers qui vous reprochent votre étrangeté. Ils vous la reprochent et ils vont vous la faire payer.

Voici des indices qu'il ne faut pas négliger. D'abord, ils parleront de vous, longuement, complaisamment, en votre présence et, de plus en plus, lorsque vous n'êtes pas là. Au début, à peine perceptible, seule une intonation modifiée lorsque vous pénétrez dans la pièce, ou un brin de sarcasme lorsque vous dites ce que vous pensez. Signes prémonitoires. Ne les ignorez pas. **Si vous sentez que vous êtes vous-même, et que cela provoque chez l'autre un sourire, un retrait, un changement d'attitude, une modification de la voix, une sorte de masque, dites-vous que**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### **le processus d'exclusion est en cours et que les préparatifs du voyage vont bon train.**

Car il en va toujours ainsi : *la différence conduit à l'exclusion.*

Vous aimeriez expliquer : « Voilà : vous, vous formez une famille comme ceci, et moi je pense comme cela. Ne peut-on tout de même pas s'entendre ? » — « Vous, dans cette usine, vous avez cette opinion. Moi, j'en ai une autre. Est-ce une raison pour s'exclure ? » Et votre interlocuteur de marmonner : « Ce type, qui ne pense pas comme moi, il est complètement fou. » — « Cette fille, qui envoie sa famille sur les roses, elle est complètement dingue. » Il est vrai que nous sommes différents, pourtant, si personne n'a raison, personne non plus n'a de déraison ! Toujours la même histoire qui se répète. L'individu différent est un fou, aussi vrai qu'un psychiatre qui diffère de ses confrères est un antipsychiatre. Les préludes de l'exclusion sont partout les mêmes. Après avoir constaté votre *différence*, famille et école, bureau et atelier, immeuble et village vont, dans un premier temps, conjuguer leurs efforts pour vous *recupérer* et vous ramener dans le droit chemin : le leur. Ils invoqueront *l'esprit de famille*, le *règlement*, *l'ordre public*, *l'intérêt général*... Ils parleront de *consensus*, de *confiance*, de *solidarité*. Ils diront même : « Hors du groupe, *point de salut*. » Les tout premiers préparatifs du voyage au pays des fous viennent ébranler la solidité de vos positions et de votre refuge.

Mais bientôt le ton va monter et le groupe se cabrer. Ecoutez cet étrange vocabulaire : « Il faut te faire soigner, tu es malade, tu as des complexes, tu as une *névrose*... tu es *schizophrène*. » La pression se fait plus forte. « C'est honteux ! Si tu savais le mal que tu nous fais ! Dans quel état tu nous mets ! » Accusations, condamnations, reproches... La menace prend corps. Pour l'instant, le groupe attend. Il a l'espoir de vous récupérer, car vous êtes encore une personne inoffensive, ou peu dangereuse.

Pourtant, l'atmosphère est à l'orage. Un éclair suffira à tout déclencher : un événement anodin, généralement extérieur au groupe, imprévisible et soudain, précipitera les choses. **Un geste, la remarque d'un voisin, un concours de circonstances, une vague accusation, introduisent subitement une dimension nouvelle : la peur.**



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

A la notion de différence et de récupération, se substitue tout à coup, instantanément, celle de **danger**. La peur, qui envahit le groupe, va tout modifier, tout perturber et surtout tout accélérer. Maintenant, vous n'êtes plus l'inoffensif (ve) qu'il fallait convaincre. La famille tremble et se sent menacée. Vous allez porter la responsabilité de cette nouvelle réaction, concrétiser et cristalliser la menace que le groupe sent planer sur lui.

Ainsi vont les préparatifs du *voyage au pays des fous*, comme, au temps des Hébreux, se préparait le bouc, porteur des iniquités d'Israël, pour être chassé de la communauté, en sacrifice rituel. Mais, alors que le bouc émissaire ne partait qu'une fois par an pour le désert, les fous de chez nous partent tous les jours pour l'asile, emportant avec eux toutes les contradictions de nos familles, tous les conflits de nos couples, de nos écoles et de nos usines, toutes les misères de nos immeubles et de nos quartiers. Et les psychiatres, grands prêtres de ce xx<sup>e</sup> siècle finissant, s'arrangent pour les identifier et les nommer avant le grand départ.

Les grandes lignes des préparatifs du voyage sont tracées. De cette différence, si justement pressentie, à l'échec des efforts du groupe pour vous récupérer, de la peur qui s'abat soudain à l'exclusion cautionnée par le psychiatre, se déroule le film tragique, toujours recommencé, de la mise à l'écart de l'*autre*. Et dans un tel contexte, il est vrai que la *différence* n'est pas supportable. Vous mettez donc un peu d'espoir dans le voyage chez les psychiatres. Depuis l'enfance, tout au long du chemin, tenté par la folie, « Ras-le-bol, avez-vous dit, je lâche tout, je me laisse aller... » vous songez : « Allons voir *ailleurs* si l'on peut mieux vivre... »

« *Ailleurs* », pensez-vous. Peut-être. Mais *pas à l'asile, pas au pays des fous*. Vous allez voir pourquoi.

Maintenant que votre départ est imminent, que tous ces pressentiments se confirment, vous devez connaître l'étape suivante et apprendre ce qui, là-bas, vous attend.

Si vous n'avez pas pu résister à cette curieuse conspiration sans conspirateur, au moins ne partez pas avec vos illusions.

### Le départ obligé

Un vrai voyage débute par la traversée d'une **frontière** (papiers, documents, passeport). Celle qui nous préoccupe sépare les *normaux*, dans l'imagination fertile des psychiatres, grands spécialistes en *folie*, des *autres*, qualifiés de fous et de malades. **Le visa d'entrée au pays des fous est octroyé en un rien de temps.** Celui très exactement d'une signature en bas d'un certificat. Jamais frontière ne sera aussi rapidement franchie.

Généralement, le processus est enclenché par un coup de téléphone. Un jour (plus souvent, une nuit) la famille ou le conjoint, le chef d'atelier, le concierge de l'immeuble, le flic du coin ou le secrétaire de la mairie décident que « cela a assez duré ». Qu'entendent-ils par là ? Ils suggèrent que votre contestation a dépassé les bornes. Qu'elle est *irréductible* et *anormale*. « Ras-le-bol », disent-ils, de votre droit à la différence. Dans le petit bol qui leur sert de tête, la cause est entendue. Qui dit « en dehors de la norme » dit malade. Qui pense « maladie mentale » articule *folie*, murmure « psychiatre » et décroche son téléphone.

Dans nos villes modernes et bien rangées, dans nos campagnes propres et disciplinées, un psychiatre est vite trouvé. Dans une ville de province, de 300 000 habitants par exemple, il y en a une cinquantaine qui officient dans le privé, une trentaine dans un centre ambulatoire de santé mentale publique géré par l'Etat, et plus de cinquante à l'intérieur de l'asile. Rassurons-nous, nous sommes bien gardés ! Les psychiatres privés, comme ceux du centre ambulatoire, ont leur propre service de garde. Théoriquement, il est possible d'obtenir dans la minute, l'un ou l'autre spécialiste au bout du fil, pour les psychiatres privés, en téléphonant à l'association locale des médecins, pour les psychiatres publics en téléphonant directement au centre de santé mentale : là, une voix suave (enregistrée) rappelle qu'en dehors des heures, Big Brother est toujours de service ! Mais en fait, seuls les psychiatres de l'institution sont immédiatement disponibles ; les autres, les privés, sont trop occupés à gérer leur cabinet et gagner leur pain... Certaines villes se sont dotées d'équipes psychiatriques de première intervention, véritables *pompiers de la folie* qui, à la moindre alerte, sautent dans leur automobile, pour al-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

1er éteindre toute surchauffe mentale et tout foyer de folie, qui surgirait au fond d'une cour, au coin d'un bistrot ou au détour d'une allée.

Ainsi donc, votre mère, votre père, votre mari, votre femme, le patron, la concierge ou le flic décrochent le téléphone et bredouillent d'une voix angoissée : « Docteur, venez vite, Monsieur X., Madame Y., la petite A. ou le grand Z. sont devenus fous... Faites quelque chose, vite... ! » Le médecin enregistre vos nom, prénom, âge, adresse et la description précise des troubles dont vous souffrez. S'il est bien organisé et consciencieux, il se rend au fichier central, sort votre dossier et lit avec attention l'histoire des précédentes interventions, les diagnostics posés, les propositions des confrères, du genre « à hospitaliser au prochain appel ! », « inutile de se déplacer à domicile », « ne doit pas recevoir de somnifères... », etc. Muni de ces excellentes informations, le médecin, rassuré, décide de se rendre chez vous, à l'école ou à l'usine... ou préfère selon l'urgence vous faire venir à son cabinet. Pendant la nuit ou à l'heure des repas, par exemple, le médecin viendra à domicile, sans blouse blanche, dans sa voiture, avec sa petite valise bourrée de pilules et d'injections. Parfois si le temps presse vraiment, si l'entourage est très inquiet ou très impressionné par *votre folie*, il ordonnera une hospitalisation immédiate au centre des urgences de l'hôpital général.

Là, le psychiatre de service porte une blouse blanche avec souvent une petite étiquette mentionnant son nom, détail non négligeable, car les psychiatres, répugnent d'habitude à se présenter.

Coup de sonnette. Entre le spécialiste. Il observe de son regard « objectif » et perçant : son arme secrète. En grand stratège, il évalue la situation. Quelques questions par-ci, par-là. Il doit se faire rapidement une opinion. Ni la famille, ni l'immeuble, ni l'usine ne sont disposés à lui accorder beaucoup de temps. D'ailleurs, la cause est entendue : il paraît que vous êtes *malade*. Déjà, le certificat ad hoc est extrait de la petite mallette, la signature est apposée. Vous voilà en instance de départ pour l'asile, pour le pays des *fous* et des *psychiatres*.

L'excellent praticien requiert déjà l'ambulance, pendant que vos proches redoublent de sollicitude, comme pour

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

étouffer l'énorme « ouf » de soulagement qu'ils viennent de laisser échapper.

### L'arrivée au pays des fous

Le portail de l'hôpital psychiatrique est généralement franchi sur quatre roues, ce qui, à l'heure actuelle, n'est pas un problème puisqu'il est largement ouvert. D'ailleurs, des administrateurs zélés ou autres directeurs d'avant-garde l'ont même déboulonné et fait disparaître. D'affolants portails sortent parfois de leurs gonds ! Ainsi aucun « psychiatre rétro », ne sera tenté de les refermer pour protéger son territoire.

Rien de plus facile que d'entrer dans un hôpital psychiatrique. Les portes s'ouvrent toujours. Il suffit d'attendre. En sens inverse, le trajet est bien plus compliqué et semé d'embûches. Mais pour l'heure, vous marchez dans un sens qui plaît, largement favorisé, coordonné, programmé. La sirène de l'ambulance s'arrêtera à quelques mètres de l'hôpital. L'endroit est, en général, discrètement signalé par de modestes poteaux indicateurs porteurs de lénifiantes dénominations : « *Maison de repos* », « *Etablissement de cure* », « *Clinique neurologique* », ou un de ces noms charmeurs tels que « Clinique Bellevue », « Bel-Air », « Beau-Site », ou « Le Refuge », « Le Bon-Accueil », plus rarement « Le Terminus »... !

Vous ferez donc une entrée en silence dans une atmosphère ouatée. Peut-être croiserez-vous quelques *malades* en promenade. Vous les reconnaîtrez aisément à leur démarche figée, saccadée, bras collés le long du corps. Le parc et les jardins sont plaisants, c'est vrai, les plates-bandes soignées, les pelouses tondues ras. Quelques paisibles bovidés ou autres ruminants d'espèces voisines opineront du chef à votre passage. L'atmosphère bucolique et l'odeur du crottin favorisent, dit-on, la guérison de la *folie*. A voir ! Ce qui est, par contre, moins douteux, c'est que la *folie* a de quoi réjouir les animaux domestiques : les restes des patients les engraisent gaillardement, mais ils ne réalisent pas, pauvres victimes, qu'ils absorbent également une grande quantité de pilules dont les malades se débarrassent au moment du repas. Ce qui rend les cochons gros, gras et impuis-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

sants. Ce n'est pas tous les jours drôle d'être un cochon d'asile !

Les ambulanciers connaissent bien leur chemin dans ce petit village qu'est l'hôpital psychiatrique. Sinon, suivre l'itinéraire fléché « Admissions », « Entrées » ou « Malades », pour arriver au pavillon réservé aux entrées. Les portes en sont habituellement closes. Elles s'ouvriront, pourtant dès l'arrêt du véhicule. Une hôtesse, une infirmière ou un infirmier vous accueillera. Vous franchirez la porte d'entrée aussi facilement que le portail du *domaine*, aidé du bras complaisant, mais non moins ferme, d'un membre du personnel ou de votre famille, ou porté à l'horizontale sur le brancard des ambulanciers.

A cet instant précis, tendez bien l'oreille : deux bruits se font entendre : le soupir rassuré des accompagnateurs et le clic discret de la porte à ressort qui vient de se refermer sur votre liberté. Il n'est pas difficile d'être accepté à l'asile, comme en témoigne l'histoire, maintenant bien connue, de ces huit faux malades, pseudo-patients, aussi normaux que vous et moi ( ! ), qui ont simulé la maladie mentale en prétendant souffrir d'hallucinations auditives. Ils se présentèrent dans de grands hôpitaux psychiatriques américains, racontant qu'ils entendaient des voix. Leur contenu était imprécis : elles parlaient de vide et d'inconsistance... Tous furent admis sur-le-champ avec un diagnostic de probabilité de *schizophrénie* aiguë. Il a fallu faire des pieds et des mains pour les sortir de là<sup>5</sup> !

Ne vous laissez pas impressionner par le caractère rébarbatif, froid et impersonnel du lieu d'admission. Les salles d'entrée des hôpitaux psychiatriques sont comme des halls de gare, sans chaleur, ouverts à la grande circulation, fonctionnels et hygiéniques.

Les formalités changent selon les institutions. Elles comprennent, de toute façon, l'établissement de multiples fiches et, dans certains hôpitaux, en cas d'entrée volontaire, la signature d'une formule d'admission. Ce papier spécifie que vous avez fait une demande d'entrée volontaire dans cet hôpital et que vous vous engagez à en respecter le règlement. Ne signez pas avant de l'avoir lu. C'est plus prudent. Si vous êtes à l'hôpital contre votre gré, vous pouvez dès ce moment-là protester de cet internement et déclarer que vous déposerez un « *recours*. » La façon de s'y prendre

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

est expliquée en détail dans le lexique (sous Recours).

Les formalités administratives sont effectuées sur la base des renseignements que vous (ou votre famille) fournissez et du certificat médical du médecin qui spécifie qu'il s'agit d'un *internement* (placement volontaire ou d'office), ou d'une *entrée volontaire* (placement libre). Dès que votre enregistrement est effectué, vous recevez un matricule, ou numéro de dossier, qui permettra de vous « ranger », et de vous retrouver facilement au fichier central et aux archives.

Dans certains hôpitaux, l'enregistrement a le poids que prend, dans nos existences, toute mesure administrative. Si, dix minutes plus tard le médecin de garde, qui vient toujours après les paperasses, décide que vous n'êtes pas assez malade pour l'hôpital psychiatrique, il vous laissera repartir. Comme ce qui est écrit ne peut plus être effacé, c'est l'administration qui a raison, et le médecin tort. Un jour complet d'hospitalisation vous sera facturé et vous aurez la joie d'avoir débuté, en touriste peut-être, mais débuté quand même, dans la carrière psychiatrique. Ainsi, des séjours hospitaliers sont précipités, voire décidés, par des écritures intempestives qu'on ne peut plus effacer. Je me souviens bien de ces cas en ballotage. (« restera ? restera pas ? »), où la secrétaire arrache enfin la décision en faisant remarquer avec candeur : « Mais docteur, j'ai déjà fait tous les papiers... » Dans une vie, un séjour psychiatrique est lourd à porter et ces fichus papiers pèsent autant qu'une pierre tombale !

Après la paperasse, c'est l'attente. Le médecin n'est pas toujours disponible. Souvent, il est seul de garde pour tout l'hôpital. Il assure donc toutes les entrées. Vous l'attendez dans un drôle de petit local ou au milieu des autres *fous*, votre famille à droite, vos bagages à gauche. Selon les jours et les hôpitaux, l'attente varie de deux minutes à deux heures... de quoi se demander cent fois ce qu'on fait là, de quoi entendre cent fois les bonnes paroles de la famille : « Tu sais, c'est pour ton bien que tu es là » — « Il va falloir te reposer » — « Ça n'allait plus à la maison, avec ta maladie... » — ou « Regarde comme cet hôpital a l'air joli ! »

Arrive le médecin ! Un vrai, comme sur les images. Blouse blanche, stéthoscope, marteau réflexes, bip-bip et

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

autres accessoires de rigueur... Selon ses goûts, l'entretien se déroule en présence de votre famille ou sans elle. Vous pouvez demander, si vous le souhaitez, à lui parler seul à seul. L'entretien dure le temps que le médecin veut... ou le temps que vous voulez. Son travail est simple : Il vous fera raconter votre histoire, ce qui s'appelle « *prendre une anamnèse* », en notant les souvenirs de votre passé et du début des ennuis et autres problèmes qui vous amènent là. Il s'intéressera à vos parents, à votre enfance, à votre adolescence, au début de votre vie sexuelle, à la scolarité, aux études, au mariage, etc. Evidemment, une *anamnèse* n'est pas objective. Ce n'est pas une enquête policière, quoi qu'en pensent certains flichiatres. Vous racontez votre passé, en disant ce que vous voulez. L'autre tâche d'un psychiatre de garde consciencieux est de procéder à votre examen physique, et notamment neurologique. Il vous fera donc étendre sur un divan, pour faire comme les autres médecins dont vous avez l'habitude : regarder yeux, bouche etc., palper l'abdomen, ausculter cœur et poumons et tapoter par-ci par-là avec son petit marteau...

Tous ces renseignements seront notés sur une fiche. Celle-ci constituera le début du « dossier », et portent parfois le *diagnostic*, cette étiquette du spécimen rare que vous représentez au jardin des espèces<sup>6</sup>. Elle mentionne également le traitement initial (ou d'attaque) prescrit par le médecin, *isolement, petite pilule, injection*, etc.

S'annonce alors la grande bifurcation.

A gauche le *pavillon fermé*, à droite le *pavillon ouvert*. Très schématiquement, les patients internés vont à gauche, en milieu fermé, les « volontaires ou libres », à droite, en milieu ouvert. Mais il y a des exceptions. A l'hôpital, le médecin a tous pouvoirs et décide ce qu'il veut.

Supposons que vous alliez à gauche. C'est l'*enferme-ment*. Des infirmières ou infirmiers viennent vous chercher au local d'admissions. C'est le moment pénible. Chacun le sait, malade, infirmiers et famille. Colis et bagages sont empoignés. Déjà un bras se tend vers vous. Au revoir, au revoir... Les portes glissent en silence et, une dernière fois, les loquets, à peine audibles, se rabattent sur votre passé.

### L'enfermement

La première porte franchie est soigneusement refermée. Il faut une clé pour en actionner le loquet. Vous **ne** la possédez pas. **Vous n'êtes donc plus libre de circuler.** Cette porte délimite un pavillon, l'aile d'un bâtiment ou un étage, lieux fermés de soins, dits intensifs, pour les *urgences*, les *états d'agitation*, les *états suicidaires aigus*, les *états de crise* et, d'une façon générale, ce que les psychiatres ont coutume d'appeler la **psychiatrie lourde**. Lourde, parce qu'ils pèsent dessus de tout le poids de leur pouvoir, de leurs traitements et de leurs mesures carcérales.

Cette porte débouche sur un couloir où déambulent habituellement beaucoup de gens, généralement du même sexe, plus ou moins tranquilles, figés et silencieux. Comme par un étrange tropisme, ils tendent à s'agglutiner vers la porte de la sortie, par laquelle vous venez d'entrer. Ce point est d'une importance stratégique indéniable, puisqu'il sépare tout ce que vous venez de quitter, le monde de ceux qui vivent avec leurs peines et leurs souffrances, de ce que vous venez de découvrir, l'univers psychiatrique fermé, peuplé de *fous*, d'*infirmiers* et de *psychiatres*.

Le premier contact étonne. Il effraie même parfois. D'abord, vous rencontrez certains membres de *l'équipe soignante*. Dans beaucoup d'hôpitaux, les pavillons pour femmes ont des équipes exclusivement féminines et ceux pour hommes, des équipes masculines. Ces infirmières et infirmiers sont de vieux routiniers de la psychiatrie. Ils en ont vu d'autres, et même « de toutes les couleurs ». Ils ont été placés là, dans ce pavillon fermé, parce qu'ils sont solides, de toute confiance et parfaitement soumis à l'autorité hospitalière. Ils peuvent paraître assez rudes au premier abord. Certains, forts à bras, rappellent, par leur aspect, le garde-chiourme ou l'adjudant-chef des bandes dessinées. Ils travaillent, il est vrai, dans des conditions difficiles et se sont laissés former-déformer peu à peu par le moule rigide et contraignant de l'asile psychiatrique. Ils sont les produits de la violence asilaire. Pendant de longues années, celle-ci les a progressivement contaminés. Maintenant, ils sont convaincus que la *folie* est violente, qu'il faut s'armer contre



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

elle, donc contre vous, avec un asile fort et des mesures répressives.

Pourtant le dialogue est parfois possible, car infirmières et infirmiers savent qu'ils n'ont pas prise sur vous et qu'ils se bornent à transmettre le pouvoir que les psychiatres exercent sur la folie. Mais ils n'y croient pas. Les infirmières et les infirmiers psychiatriques savent que les psychiatres ne savent pas grand-chose. C'est là leur force. Tous les jours, ils mesurent la vanité des théories, l'inefficacité des traitements, l'inutilité des mesures de contrainte. Ils savent tout cela, mais n'osent pas le dire, car ils perdraient leur place.

Une chambre, ou simplement un lit dans un dortoir vous sera attribué. Vous aurez aussi une armoire. Le personnel procède à l'inventaire de vos affaires. Il déballe, votre valise, et prend note de chaque vêtement, objet personnel, document que vous avez apporté avec vous. Les objets de valeur (argent, bijoux, montre, passeport, permis de conduire, etc.) sont habituellement déposés, à part, à la direction de l'hôpital. Il est difficile, voire impossible, de les garder avec vous durant le séjour. Vous découvrirez les locaux communs, salle de séjour (avec ou sans T.V., radio, tourne-disque), salle à manger, parfois atelier *d'ergothérapie*. Vous apercevrez peut-être une petite cour bordée de murs élevés, ou une terrasse grillagée, lieu de la promenade quotidienne.

Il ne vous reste plus qu'à vous adapter à ce nouveau « *logement* », dont la porte est close et à ce navrant quotidien, rythmé par les repas et les prises de médicaments. Car l'essentiel du traitement, dans ce pavillon, est chimique et électrique. Vous verrez le médecin une ou deux fois par semaine, selon sa disponibilité. Il voudra surtout savoir si vous supportez les petites pilules, la seringue et le reste...

L'essentiel qui vous préoccupe, notamment la date où vous pourrez quitter cette galère, est discuté en votre absence, lors des colloques et des réunions d'équipe. Sachez, néanmoins, qu'un séjour en pavillon fermé peut durer de quinze jours à deux ou trois mois, selon votre état ou... « *l'évolution de la maladie* », comme disent les psychiatres. En fait, la durée dépend très exactement de la qualité de relation que vous aurez établie avec le personnel soignant du pavillon. Bonne, le séjour sera bref. Mauvaise, il se pro-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

longera jusqu'à ce qu'elle devienne bonne. Ce qui veut dire que la durée d'un séjour en pavillon fermé ne dépend ni de vous ni d'eux, mais bien de ce qui se passe entre vous tous. L'espoir réside dans les efforts que vous pourrez faire pour nouer un semblant de relation avec ces gens-là. Malheureusement, ils ne cherchent pas forcément le contact et attendent souvent, dans leur bureau, que votre « maladie s'améliore »...

Un mot encore du bureau. Vous l'aurez vite repéré : sa porte, au contraire des autres, est généralement fermée à clé. Ce qui ne vous empêche pas de voir ce qui s'y passe, puisque ces locaux, souvent construits comme des aquariums, ont de larges baies vitrées. Le personnel s'y enferme pour avoir la paix, pour discuter de vous et d'autre chose, préparer les petites pilules et les seringues, téléphoner, lire le journal, etc. C'est là que se déroulent les *colloques* et les *réunions d'équipe*. Parfois les *dossiers* des malades y sont déposés.

La description de cette étape du voyage ne serait malheureusement pas complète si les *cellules d'isolement* n'étaient pas mentionnées. Il existe, à l'intérieur des pavillons fermés, un lieu encore plus fermé, plus sûr et plus hermétique : l'« *isolement* », ou la cellule. **Le malade s'y rend généralement contre son gré après un éclat, une bagarre ou une crise.** Il peut aussi y être placé directement en arrivant de l'extérieur, surtout s'il arrive à l'hôpital, la nuit, excité, violent, pris de boisson et, d'une façon générale s'il est trop bruyant. Il vaut mieux le savoir pour tenter de le prévenir.

Les psychiatres affirment que certaines personnes se rendent en cellule volontairement pour ne pas dire volontiers. « Elles demanderaient *inconsciemment* », à être enfermées pour être rassurées. Je n'ai jamais quant à moi rencontré une personne qui ait vécu l'isolement sans éprouver une grande terreur et le désir de n'y plus jamais mettre les pieds. Ce qui est d'ailleurs compréhensible si l'on sait qu'il s'agit souvent d'une pièce sans aucun mobilier, au sol de pierre, aux murs nus, à la fenêtre incassable ou grillagée, avec un matelas posé à même le sol et des toilettes adjacentes. La porte est construite pour résister à des chocs considérables ; souvent, elle n'est pas munie de poignée intérieure mais d'une lucarne, qui permet la surveillance

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

de l'extérieur. Outre les éclats *d'agitation* et *d'opposition* liés à une hospitalisation imposée, les autres motifs qui vous font mettre en cellule et « bénéficier d'un traitement par l'isolement », sont le refus des médicaments, une bagarre avec un infirmier ou une infirmière, le bris de matériel, etc. La dernière personne à qui j'ai rendu visite en cellule avait été mise là pour avoir cassé un cendrier de la clinique. Après la visite de sa mère, imprévue et imposée par le personnel, elle avait, de cette façon, déclaré sa colère. Elle passa huit jours sur un matelas à même le sol, en *isolement* complet car, disent les psychiatres, « *elle souhaitait être punie* » !

### Les petites pilules, la seringue ou pire

Après une trop brève période d'observation, (rarement plus de vingt-quatre heures), la gravité de votre état et l'intensité de *votre folie* vont décider du traitement.

A l'asile, cet *état* et cette *folie* sont, nous l'avons dit, étroitement liés à la qualité de la relation « interné-personnel soignant. » Ainsi, celle que vous avez avec le psychiatre repose autant sur lui que sur vous, et les contacts avec les autres soignants de l'équipe dépendent de vos possibilités et des leurs. Malheureusement, après tout ce qui s'est passé en dehors de l'hôpital, votre méfiance est grande. **En rentrant à l'asile, le pire n'est-il pas déjà arrivé ?**

La communication importe autant que la compréhension que l'équipe soignante et notamment son chef, le psychiatre, auront de votre état, de votre *folie*, de votre langage et de votre comportement. Si le psychiatre *comprend* vous vous sentirez relativement en sécurité et vous pourrez discuter avec lui du « meilleur traitement. » S'il *ne comprend pas*, ne déchiffre pas ce que vous dites et ne maîtrise pas ce que vous faites, il aura peur et, la communication sera difficile.

Un *traitement*, d'autant plus lourd que le psychiatre est inquiet, risque alors de vous être imposé. A la limite, lorsqu'il ne comprend plus rien du tout, il lui prend une furieuse envie de « donner un coup de pied dans la machine », pour remettre de l'ordre là-dedans, comme, lorsqu'il

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

était enfant, il jetait sa voiture par terre pour qu'elle se remette à rouler.

En psychiatrie dite lourde, le traitement le plus léger, est la pilule ! Plus le traitement s'alourdit, plus le nombre de pilules augmente. C'est vrai, il existe également de grosses pilules d'un dosage équivalent à plusieurs petites, et de petites pilules qui contiennent des substances si puissantes qu'il suffit d'en prendre une par jour (voir sous *Médicament*). Après les pilules, viennent les piqûres, qui se font plus volontiers intramusculaires qu'intraveineuses. A l'échelon suivant de l'intensité, le psychiatre a recours à ce qu'il appelle une « cure ». Pour vous mettre quotidiennement sous l'effet de médicaments puissants qui ne font pas dormir, mais abrutissent, il parle de *cure de détente* ; s'il veut que vous dormiez, de *cure de sommeil* ; s'il veut que vous dormiez, que vous transpiriez; et que votre état se rapproche de l'hibernation, de *cure d'insuline*. Enfin, l'ultime moyen pour secouer la poussière de vos méninges et remettre de l'ordre dans votre esprit dérangé reste la grande secousse de l'*électrochoc*. Auparavant, il y avait, au sommet de l'échelle thérapeutique, une mesure encore plus lourde, la *lobotomie*, mais elle est tombée, pour l'heure, en défaveur. Un certain vent d'ouest soufflant des Amériques, pourrait bien, malheureusement, la réintroduire sous nos latitudes.

**Le poids du traitement est donc directement proportionnel à la quantité d'incompréhension et de peur qui s'infiltré dans l'esprit du psychiatre qui vous observe et vous écoute.** Plus rarement, heureusement, à la quantité de colère que votre état fait naître en lui.

Moins le psychiatre comprend, plus il est fâché contre le « malade » et plus est grand alors le risque qu'il le soumette à une série d'*électrochocs*. Il est donc de première importance d'essayer de comprendre « son » psychiatre et d'entrer en relation avec lui, afin qu'il déchiffre de son mieux le message qui lui est adressé et qu'il soit rassuré !

Une malade rencontrée en psychiatrie et traitée par *électrochocs* dans un asile psychiatrique régional des plus traditionnels, m'a laissé un souvenir aigu. Dans son dossier, un psychiatre scrupuleux avait consigné les renseignements suivants :

- 20 mars : La patiente est déprimée et en larmes. Elle

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

regrette d'être venue à l'hôpital psychiatrique. Elle veut s'en aller.

- 21 mars : Une cure de détente (*antidépresseur et tranquillisant*) est instituée.
- 24 mars : La patiente se met subitement à délirer et doute avec violence de ma qualité de *médecin psychiatre*. Elle parle de *bourreau* et *d'exécuteur*.
- 25 mars : On commence une série *d'électrochocs...*

L'histoire n'est pas sans rappeler celle survenue plus récemment dans une clinique psychiatrique universitaire : un chef de clinique décida de soumettre à des *électrochocs* une jeune femme qui le prenait pour un flic et un geôlier et tentait de le lui faire savoir en adoptant la seule et ultime attitude qui reste à un prisonnier : le mutisme et la grève de la faim.

Autre exemple aux conséquences tragiques : un professeur réputé, grand charmeur et humaniste, avait usé, lors d'une présentation de tous les stratagèmes et de toutes les séductions pour faire parler une jeune adolescente de dix-neuf ans, cloîtrée dans son mutisme. Sourires et cigarettes. La jeune fille restait de pierre. Le briquet ne put la dégeler, ni la main sur l'épaule, ni l'évocation des chers poètes... Rien n'y fit. Elle avait décidé de se taire jusqu'au bout. Lorsqu'elle quitta la pièce, la sentence tomba. Diagnostic : *mélancolie froide*. Traitement : *Electrochocs*. Elle en a reçu neuf pour avoir osé tenir tête au directeur.

Conclusion : A l'hôpital psychiatrique, il n'est pas bon de résister à tout prix aux manœuvres des « soignants. » Il vaut mieux, si on en a la force, se soumettre superficiellement pour sortir de là, au plus vite et organiser la résistance, à l'extérieur. **N'oubliez jamais qu'à l'hôpital psychiatrique comme dans la vie, moins les gens comprennent, plus ils deviennent dangereux.**

Ils peuvent prendre alors des décisions redoutables...

### Le passage en résidence surveillée

Après un certain temps en pavillon fermé, viendra le moment de passer en pavillon ouvert. Ce passage, dénommé « *transfert* », représente un changement dans le mode

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

de vie à l'hôpital psychiatrique. Les conditions de séjour sont dès lors différentes. Si le passage se fait dans le sens fermé-ouvert, elles s'améliorent ; dans le sens inverse, elles se détériorent.

Le degré de communication obtenu avec l'équipe soignante, et notamment le médecin du pavillon fermé, décidera du transfert en pavillon ouvert. A bonne communication transfert rapide, à mauvaise, transfert indéfiniment repoussé. De toute façon, si vous souhaitez ce transfert, il faut le réclamer dès que l'occasion s'en présente.

Un beau jour, « *votre cas* », sera présenté par le médecin du pavillon fermé au médecin du pavillon ouvert. Usant de leurs talents réciproques et se fondant sur votre insistance, ils décideront si le transfert est souhaitable ou non. Avec toutes vos affaires, vous passerez du pavillon A au pavillon F, des Glycines au Lilas, des Chênes à l'Eglantine ou de Pinel à Esquirol. C'est ainsi que les médecins baptisent leurs lieux de soins, de noms de fleurs délicates, de frais ombrages ou d'illustres ancêtres... Aller de l'un à l'autre n'est pas forcément tomber de Charybde en Scylla !

D'abord, c'est quitter un *lieu de détention* pour un *lieu de soins*. L'appellation lieu de détention n'a rien d'exagéré, si l'on se rappelle sa porte et la demi-douzaine de gens collés derrière qui cherchent à la franchir.

Le pavillon ouvert, lui est souvent situé à la périphérie du *domaine*. Il faut marcher un peu pour s'y rendre. L'accueil ressemble beaucoup à celui qui vous a été fait dans le pavillon fermé, à ce détail près que l'inventaire n'est plus à faire. Il vous suit avec toute une série de papiers et de documents : le *dossier médical* tenu à jour, le *certificat médical d'admission*, le *rapport infirmier* avec sa *fiche thérapeutique*. Le personnel est déjà informé, de tout ce qui a pu arriver de marquant (et qui est dûment marqué...) durant votre séjour,

Vous apprendrez à connaître de nouveaux visages. Ces pavillons ouverts sont parfois mixtes. Ils varient considérablement sur le plan des *traitements* offerts. D'une façon générale, la *psychothérapie* y est développée, en groupe ou individuellement. La dimension sociale des problèmes est mieux appréciée.

Vous pourrez bénéficier aussi de traitements plus mo-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

dernes, comme l'*ergothérapie*, les techniques s'adressant au corps, la *sociothérapie*, la *relaxation*, les *thérapies du comportement*... etc. En principe, aucun *traitement* n'y est imposé puisque vous êtes là de votre plein gré. Vous acceptez de prendre les médicaments et de participer aux « *présentations* » au professeur, aux étudiants ou à n'importe qui d'autre.

En pratique, il s'agit quand même d'une *résidence bien surveillée*. Vos allées et venues sont enregistrées (attention, il y a des heures fixes de présence et de rentrée obligatoire), l'absorption des pilules est contrôlée (vous devez les avaler sur place) et le personnel peut toujours vous menacer d'un re-transfert en pavillon fermé, si vous ne « collaborez » pas bien.

« **Collaborer** » signifie se soumettre au rythme hospitalier, aux ordres des infirmières et des médecins, aux exigences des autres patients...

Vous pourrez participer, si vous le désirez, à diverses activités de groupe, qui vont des ateliers au club, en passant par la cantine et la bibliothèque, les sorties accompagnées en ville ou d'autres démarches plus personnelles comme aller chez le coiffeur, l'esthéticienne, etc. Le moment viendra bientôt où la sortie définitive de l'hôpital pourra être envisagée. La demander dès que possible, si vous la souhaitez. Pour beaucoup de médecins, réclamer la sortie est une preuve de guérison ! Pour rassurer les soignants, cette sortie peut être retardée par une période à *l'hôpital de jour* ou à *l'hôpital de nuit*. Il s'agit là de vous *réhabituer* progressivement à la vie dans la société et de préparer votre entourage au retour de l'exclu.

Au moment du départ le médecin abordera le problème du traitement à l'extérieur de l'hôpital. Ils insisteront pour qu'une *prise en charge ambulatoire* ait lieu. Elle peut être assurée par un psychiatre privé ou par un centre de santé mentale (*centre psycho-social*). Les avantages et les inconvénients de l'une ou l'autre prise en charge sont décrites dans le petit lexique. De toute façon, vous gardez toute latitude de choisir, d'essayer et d'abandonner l'une ou l'autre forme.

**Le retour au pays des normaux ou les impossibles retrouvailles**

Souvenez-vous du regard de vos proches et de votre famille, qui inaugura ce voyage, *le vôtre*, au pays des *fous*. Maintenant, un autre regard y met un terme, celui des gens qui n'ont jamais été à l'asile et qui savent que vous en sortez.

Comment le sauraient-ils sinon par votre famille, par votre employeur, et les multiples circuits d'information de notre société : la concierge, le facteur, les voisins, le consulat pour les étrangers, les malades de la clinique eux-mêmes et les gens qui sont venus vous voir. D'ailleurs, il est facile de savoir si quelqu'un est hospitalisé à l'asile psychiatrique. Il suffit de téléphoner et de demander dans quel pavillon se trouve telle ou telle personne. On vous répondra toujours.

S'ils vous regardent avec curiosité et méfiance, c'est que pour eux, l'affaire est entendue : qui est allé à l'hôpital psychiatrique est *fou*, qui est soigné par un psychiatre est un *malade mental*. Les autres, ceux qui n'ont jamais mis les pieds à l'asile ou dans le cabinet d'un psychiatre, sont *normaux*.

*Normal*, le type qui bat sa femme, *normale* la ménagère qui chasse les brins de poussière dans son appartement, *normal*, très *normal*, le flic qui frappe un suspect, le politicien combinard qui songe aux prochaines élections, le patron qui gifle son employée et le directeur d'hôpital psychiatrique qui déclare : « mes malades ont besoin de moi », et songe avec terreur qu'ils font l'amour dans les recoins de l'asile et... qu'il le sait ! C'est vrai qu'en regard de tous ces *normaux*, c'est bien nous les *malades*, ceux qui sont allés à l'asile, qui ne l'oublieront pas et qui ne pourront jamais l'oublier !

Tenez, mon premier contact avec une personne aussi normale qu'un psychiatre m'a laissé un souvenir indélébile.

Je débutais en psychiatrie ; je me présentai, un petit matin d'octobre maussade et pluvieux, à mon nouveau travail. J'étais un peu tendu et assez inquiet. L'accueil chaleureux de quelques assistantes sociales, au bistrot du coin,



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

m'avait décripé. Dans la matinée pourtant je déchantai. Convoqué dans le bureau d'un grand chef, je m'entends dire textuellement : « Je vous accueille, cher Monsieur, dans un centre de psychiatrie ambulatoire. Sur le plan administratif, il est *médico-social*. Ce double qualificatif est bien malheureux. Le *médical*, relié au *social* par un petit trait d'union, doit rester le plus fort et le plus important. Vous verrez que cette situation ne plaît guère aux assistantes-sociales. Elles tenteront de s'emparer de votre pouvoir. Votre devoir est de le défendre. Ne perdez jamais de vue que ces dames en veulent à votre pénis et qu'elles ne cherchent rien d'autre qu'à vous castrer ! » Imaginez ma terreur. Dans un souffle, je murmurai : « Oui, Monsieur, bien Monsieur », le quittant tout tremblant pour ma virilité et bénissant le ciel d'avoir rencontré un vrai psychiatre, psychanalyste de surcroît, sain et normal, qui avait su m'avertir des vrais dangers de la vie et prévenir une mutilation tragique... !

Décidément le plus difficile après l'asile, pour vous comme pour moi, est de retrouver les gens normaux.

Pourquoi faudrait-il les retrouver ?

N'avez-vous pas découvert que ce voyage n'est qu'une gigantesque supercherie ? On vous a fait franchir une frontière contre votre gré. Vous avez exploré un pays factice (j'allais écrire fasciste !), celui des asiles et des psychiatres, où il y a des chefs, des petits chefs, des sous-chefs, des subordonnés et toute une masse de gens qui se taisent et attendent... **un pays de non-vie, un pays de silence, un pays de peur et de grande solitude.** Maintenant, vous savez que le voyage n'en valait pas la peine. Qu'il y a dans ce périple de la duperie et de la tromperie. Pour cette raison, il est difficile de retrouver ceux qui ont tout fait pour que vous partiez, et qui maintenant ne veulent plus entendre parler. Ils ne le veulent plus, mais savent que vous en sortez. Et ils vous le rappelleront, soyez-en sûr, si d'aventure cela devenait nécessaire. Les bonnes et joyeuses retrouvailles ne sont guère possibles.

# LEXIQUE



## ABANDONNIQUE

Les psychiatres qualifient volontiers *d'abandonniques* toute une catégorie de gens qui souffrent selon eux d'une *névrose*, d'un syndrome ou d'une réaction d'abandon. Cette étiquette diagnostic est habituellement posée sur des adolescentes ou de jeunes femmes qui séjournent précocement à l'hôpital psychiatrique et frappent leur entourage par un désir incoercible de mort et des tentatives de suicide réitérées. L'étiquette devient stigmaté : très vite, les psychiatres ne disent plus de leur malade qu'elle souffre d'une névrose d'abandon, mais « Que voulez-vous, c'est une *abandonnique*... » comme on dit « C'est un juif, c'est un arabe ou c'est une réfugiée... »

D'après les psychiatres et les psychanalystes, les *abandonniques* n'ont pas forcément été abandonnées dans leur enfance, mais elles ont toutes grandi dans une insécurité affective fondamentale, qui a bloqué leur développement et surtout empêché qu'elles ne constituent une quelconque estime d'elles-mêmes, selon la bonne vieille formule « Si on ne m'aime pas, c'est que je n'en vauds pas la peine ». Cette situation entraîne une angoisse, une agressivité et un désir de vengeance considérables, qui peuvent conduire à la mort par le biais de tentatives de suicide répétées.

Ces personnes, terrorisées par la vie, sont constamment à la recherche d'un amour qui les sauvera. Elles s'accrochent donc à l'hôpital psychiatrique comme le naufragé à la bouée. **Toutefois, il n'y a rien à l'asile qui puisse apai-**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**ser leur soif d'amour, leur désir de vengeance, leur terrible angoisse. Bien au contraire, le milieu de l'hôpital psychiatrique reproduit sans cesse les traumatismes de l'enfance.** Cela explique que ces personnes fassent souvent de graves tentatives de suicide à l'intérieur même de l'hôpital psychiatrique. Le constat « Que voulez-vous, c'est une *abandonnique...* », qui se voudrait rassurant pour les psychiatres, condamne leurs patientes au désespoir.

### ADMISSION

Admission, entrée, premier acte, lever de rideau, premier temps d'une mécanique qui en compte quatre. Comme le cycle du moteur, rythmé par l'aspiration, la compression, l'explosion et l'échappement du gaz, le cycle de l'hospitalisation psychiatrique compte quatre temps bien définis : *l'admission*, *l'observation*, *le traitement* et *la sortie*. Ainsi fonctionne la mécanique asilaire dans son ronron quotidien. La machine est bien faite. Elle tourne depuis longtemps. A peine remarque-t-on, ces dernières années, quelques ratés !

*L'admission*, comprend tous les événements survenant entre le passage de la grille de l'asile et la désignation d'un pavillon (ou d'un service), qui annonce la seconde phase du séjour : *l'observation*. Elle a généralement lieu dans un local ad hoc où quelques formalités administratives sont effectuées. Production d'un certificat médical, d'une pièce d'identité, signature d'une demande *d'entrée volontaire*, signature éventuelle du règlement de la clinique, etc. Les mesures administratives sont les mêmes, qu'il s'agisse d'une *entrée volontaire* (placement libre), ou d'un *internement* (placement volontaire ou d'office). En cas d'« urgence », il faut savoir que la direction de l'hôpital psychiatrique peut prendre le risque, souvent illégal, d'admettre un patient sans certificat médical, à charge d'en obtenir un dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission. Cette façon de faire, absolument arbitraire, enlève au malade la possibilité et la garantie d'être vu à l'extérieur de l'asile par un médecin totalement neutre (voir *certificat*).

Pour le reste, l'admission comprend l'examen du médecin de garde (entretien et examen physique) et la désigna-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tion d'un pavillon (ou d'un service) où se déroulera la suite du séjour.

Une fois ces formalités administratives et médicales effectuées, et les papiers remplis, un ou des membres du personnel viennent chercher le malade pour le conduire dans un *pavillon fermé* ou dans un *pavillon ouvert*.

**En cas d'opposition à une mesure d'internement, c'est lors de l'admission, premier temps de l'hospitalisation, qu'il faut engager la procédure de recours.** Dès l'entrée, il faut signaler aux secrétaires ou autres hôtesse qui vous accueillent et au médecin qui vous examine, que vous avez décidé d'exercer un *recours* contre une mesure jugée par vous arbitraire et excessive. Vous pouvez alors rédiger sur place la *formule de recours*. La lettre doit être remise à une personne de confiance qui la postera, recommandée si possible. Vous pouvez obtenir la possibilité de téléphoner depuis le local d'admission et prendre contact avec un avocat, qui se chargera de défendre vos intérêts.

## AGITATION

L'*agitation* est aussi vieille que les asiles d'aliénés. C'était même jadis l'état habituel et quotidien des *fous*. Les « *grandes agitations* », de nos grands-pères psychiatres étaient traitées par de violentes douches froides et des bains chauds prolongés. Si les résultats n'étaient pas satisfaisants, on y allait de la *camisole de force*, du maillot et des ceintures. Il fallait à tout prix calmer l'agité de crainte qu'il ne devienne furieux.

Et voilà qu'un beau jour (comme dans un conte de fées), il y a vingt-cinq ans, apparut le premier *neuroleptique* en clinique, la *Chlorpromazine* de Laborit. Dès lors, tout changea. L'agitation disparut. Les psychiatres évoquent encore avec émotion cette époque dramatique de l'histoire de leur science, qu'une véritable révolution venait de faire basculer dans le passé !

Belle façon d'effacer leurs responsabilités et d'enterrer rapidement tout ce que les asiles et les prétendus traitements qui s'y déroulaient avaient de terrorisant pour les malades. L'agitation, n'importe quel dompteur de cirque vous le dira, est une situation provoquée par le milieu et l'entou-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**rage. Les grands agités de la psychiatrie de papa étaient de grandes victimes d'un système inhumain et sadique.**

Dès que les soignants, les forts à bras de l'époque, eurent le loisir d'avoir un peu moins peur, grâce aux merveilleuses petites pilules des chimistes, ils desserrèrent la vis, débouclèrent les camisoles, fermèrent les robinets d'eau chaude et d'eau froide,... et enfin l'asile se calma.

Ce que les psychiatres modernes taisent et n'aiment pas à rappeler, c'est que certains d'entre eux, courageux et déterminés, décidèrent de faire cela bien avant l'introduction des *neuroleptiques*. En 1839, John Conolly abolissait dans son asile de Hanwell, en Angleterre, toute forme de contraintes physiques et interdisait toute violence à l'égard des aliénés<sup>7</sup>. Les principes du « no-restraint », étaient nés et la démonstration faite que la violence n'était pas, par essence, dans la *folie*, mais bien dans le traitement qu'on lui opposait. Plus tard, Paumelle faisait, dans le scepticisme général la même démonstration en France, et obtenait également avant l'introduction des *neuroleptiques*, la fermeture du *quartier des agités*?

L'agitation est un processus éminemment réactionnel. La plupart des psychiatres ne l'ont pas encore compris. Quand un malade s'agite, on lui saute dessus avec des injections. On a vu par exemple un psychiatre simplet mettre en *cure de sommeil* une jeune adolescente transformée en bête fauve dans sa cellule. Chaque fois qu'elle se réveillait, elle reprenait sa colère. Chaque fois, le psychiatre répondait en augmentant la dose de médicaments. Jusqu'à ce qu'elle fût comateuse puis, progressivement, figée et robotisée. Alors, il déclara qu'il l'avait guérie de sa *psychose* aiguë et s'en alla satisfait. Dernièrement, elle s'est jetée du haut de son immeuble. Cette fois, elle ne s'est pas réveillée. Un psychanalyste qui la suivait de près a dit : « Cette jeune fille était vraiment très *psychotique*. La preuve, elle n'a jamais pu constituer de bonnes défenses... »

**L'agitation des asiles d'aliénés est la seule et dernière réponse possible des fous aux infirmiers-gardiens, aux psychiatres sadiques, aux grandes séries de douches froides, aux moyens de contention et aux punitions de toute sorte.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### AGRESSIVITE

*L'agressivité* est l'une des préoccupations majeures des psychiatres et psychanalystes contemporains.

Définie comme « *une tendance visant à nuire à autrui, à le détruire, le contraindre ou l'humilier*<sup>9</sup> », l'agressivité serait, disent les psychanalystes, à l'œuvre très tôt dans le développement du sujet. Les psychiatres n'ont dès lors d'autre préoccupation que de la débusquer partout et chez tout le monde, avec toutefois une certaine prédilection pour leurs patientes et leurs discours, où ils la cherchent avec soin et ne tardent pas à la trouver !

Freud lui-même avait été frappé par le fait que «... le sujet jusqu'alors si bon, si loyal, devient grossier, faux ou révolté, simulateur, jusqu'au moment où je le lui dis et où je parviens ainsi à faire plier son caractère »<sup>10</sup>.

Faire plier le caractère,... et redresser les torts excitent beaucoup les psychiatres ! naturellement, cette attitude n'a rien d'agressif ! Ils aiment à étonner leurs patients en leur révélant, avec un sourire narquois, l'*agressivité* qu'ils ont découverte en eux. Les hommes, que les femmes dérangent parfois, n'hésitent pas à leur rappeler qu'elles sont « quand même bien agressives. » Les mères disent la même chose à leurs enfants et les patrons à leurs employés.

La révélation de l'agressivité se fait exceptionnellement dans l'autre sens, de la femme à l'homme, de l'enfant aux parents, de l'employé au patron et du patient au psychiatre. Pourquoi ?

Parce que la découverte de l'*agressivité* d'autrui s'inscrit toujours dans une relation de pouvoir. La formule est simple : *l'agressivité vient de la peur et la peur tout intérieure et imaginaire qu'elle soit, est toujours provoquée par un petit quelque-chose de l'autre, qui menace et désécurise*. Ce « quelque-chose », est le désir de pouvoir qu'il a sur vous. La révélation de l'*agressivité* de l'autre reste ainsi la prérogative du maître.

Les psychiatres disent : l'*agressivité* est une hostilité gratuite et permanente tournée contre l'entourage. Par là, ils nient, comme Freud leur pape et comme une ribambelle de phalocrates, l'énorme pouvoir qu'ils ne cessent d'exercer sur



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

les autres et la quantité *d'agressivité* qu'ils ont en eux. Rien n'est plus agressif que de relever *l'agressivité* de l'autre, car ce faisant, on s'arroge des droits sur cette personne, à tout le moins le droit de lui être supérieur.

*L'agressivité*, est le dada des psychanalystes. Ils commencent par vous recevoir de façon impersonnelle. Ils vous offrent une relation dite de *neutralité*. Es se taisent pour mieux faire miroir, disent-ils, mais aussi pour dissimuler de leur mieux un brin de dédain qu'ils pourraient laisser paraître. *Le malade*, qui n'est pas bête, perçoit tout cela. Il s'en irrite et, après s'être longtemps contenu, ose dire quelque chose dans ce sens. A ce moment-là, le psychanalyste bondit hors de son silence et plonge pour débusquer la « belle agressivité » qu'il a déniché de ses yeux de rapace alors qu'il planait là-haut dans des airs meilleurs. Dès lors, sûr de sa supériorité, il va extirper cette agressivité et vous en guérir. Cela tient de l'imposture. *La cure analytique*, peut être agressive, comme peuvent l'être les rapports hiérarchiques et comme l'est quotidiennement la situation d'infériorité dans laquelle les hommes maintiennent les femmes.

Relevez la tête, femmes, esclaves, malades, prolétaires et tous les damnés de la terre, *l'agressivité* est votre force et votre droit. C'est la réponse à donner à *l'agressivité* de l'autre qui vient, avec son pouvoir, vous menacer et vous opprimer. Seule, elle pourra vous rendre le respect de vous-mêmes et vous engager enfin à répondre aux autres, coup pour coup.

Personne ne peut vous obliger à accepter *l'agressivité* dissimulée et masquée de certains spécialistes, trop sûrs de leur droit de vous mettre le nez dans la vôtre.

Il faut enfin se décider à appliquer la règle d'or de la thérapie : « Faire aux autres ce qu'on ne cesse de se faire à soi-même ».<sup>n</sup>

## AGRYPNIE

*Agrypnia*, est un mot grec qui signifie insomnie. *L'agrypnie*, cependant, n'est pas du tout un symptôme, mais bien un traitement psychiatrique. Cette privation de sommeil serait, à ce qu'il paraît, une excellente thérapeutique contre

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

la dépression ! Il s'agit de tenir les malades rigoureusement éveillés pendant trente-six, quarante-huit, ou soixante-douze heures, habituellement durant un jour, une nuit et le jour suivant. Les patients âgés, souffrant de *dépression endogène*, réagiraient particulièrement bien à ce « traitement ».

Ici aussi, on reste frappé, abasourdi, pantois, de la concordance qui existe entre certains traitements psychiatriques modernes et d'efficaces moyens de torture séculaires. A croire que les psychiatres, à court d'imagination, reprennent de bonnes vieilles techniques policières, les assaisonnent d'une sauce scientifico-comique et servent le tout sans sourire à leurs patients-victimes impuissants.

**« La privation de sommeil, écrit Soljénitsyne, est un moyen de torture supérieur : elle ne laisse absolument aucune trace visible, et si, le lendemain survenait la plus inouïe des inspections, vous n'auriez même pas de motif de porter plainte.<sup>12</sup>**

La police connaît depuis toujours son efficacité dans l'interrogatoire des suspects. Les psychiatres, eux, ne l'utilisent à des fins *thérapeutiques* que depuis 1959, date d'une publication d'un collègue allemand. W. Schulte avait remarqué que ses malades *dépressifs*, qui ne pouvaient dormir du fait de circonstances extérieures, se sentaient le lendemain plus actifs et plus frais qu'auparavant. Géniale observation, brillante publication, le traitement était lancé !

Mais les nuits sont longues, aussi les patients, qui subissent ce « traitement » en groupe, sont distraits par des tests psychologiques imbéciles et autres listes de noms et d'adjectifs à remplir correctement. Heureusement, cette pratique est difficile à introduire dans les hôpitaux psychiatriques, parce que le personnel infirmier aime dormir et qu'il trouve assez stupide de rester toute une nuit éveillé à côté de patients pour faire, le lendemain, un rapport détaillé au médecin qui, frais et dispos a bien dormi, merci ! et songe déjà à sa prochaine publication : « De l'efficacité de l'*agrypnie* chez les dépressifs endogènes ».

## ALCOOLISME

*L'alcoolisme* est la maladie aiguë ou chronique dont souffrent les alcooliques. Un alcoolique, est quelqu'un qui

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

boit de l'alcool en quantité variable et qui, de ce fait, entre en contact avec les psychiatres et subit le processus de *psychiatisation*. **Jamais l'arbitraire de l'étiquetage et du diagnostic psychiatrique n'apparaît aussi clairement que pour l'alcoolisme.** Car beaucoup de gens, en ville ou ailleurs, boivent comme des trous et s'arrangent pour ne jamais mettre les pieds chez un psychiatre. Ce sont des buveurs, des ivrognes, des vauriens, des paresseux, des empoisonneurs, des gens qui collectionnent les mauvaises habitudes...

Mais d'autres sont moins habiles et aboutissent chez le psychiatre. Ceux-là sont « *les alcooliques*. » La différence relève du hasard et de l'habileté à éviter la psychiatisation.

Accessoirement, on peut remarquer qu'une grande partie des diagnostics relèvent de la même logique (cf. *toxicomanie, homosexualité, dépression*, etc.). Ceux qui vont chez le psychiatre sont, à l'entrée, des gens qui souffrent et, à la sortie, des malades mentaux. Ceux qui vont chez le pasteur ou le curé, le conseiller conjugal ou l'éducateur, sont, à l'entrée, des gens qui souffrent et à la sortie, des personnes qui ont de sérieux problèmes de vie et souffrent plus ou moins selon la qualité de l'entretien qu'elles viennent d'avoir.

Récemment, le grand patron d'un asile psychiatrique a déclaré sans ambages : « *Les alcooliques* ont besoin de moi, donc je ne peux pas fermer mon hôpital. » On en avait les larmes aux yeux.

Le chagrin fit place à la stupéfaction lorsqu'il ajouta, en toute candeur, « qu'il n'avait que vingt *alcooliques* dans son hôpital...<sup>13</sup> » Ce directeur, semble ignorer que, dans tous les pays d'Europe, de 20 à 30 % de la population des hôpitaux psychiatriques relèvent de l'alcoolisme !

Schématiquement, l'*alcoolisme* peut être représenté comme une place où aboutiraient plusieurs ruelles et d'où partiraient quelques grandes avenues. Le psychiatre est là, sur la place, à observer les gens qui s'y trouvent et les grandes avenues où ils se dirigent. Par contre, il voit très mal d'où ils viennent.

Toutes les difficultés d'existence, qu'elles soient sociales ou psychologiques — de la *névrose* à la *psychose* — peuvent conduire, par leur cheminement propre, à l'*alcoolisme*. Les issues sont peu nombreuses, bien codifiées par les psy-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

chiatres et les médecins, qui se sont surtout penchés sur cette partie du problème : *les complications physiques et psychiques de l'alcoolisme*. Sur le plan physique d'abord la cirrhose du foie, est bien connue de même que les polynévrites, les troubles de la fonction sexuelle, l'épilepsie, les troubles de la digestion, etc. Sur le plan psychiatrique, il y a le *delirium tremens*, le *syndrome de Korsakoff*, l'*encéphalite de Gayet-Wernicke*, la *paranoïa* et certaines formes de démence. A leurs débuts, la plupart des complications psychiatriques de *l'alcoolisme* proviennent de la sous-alimentation et d'un manque de vitamine B. Mais le traitement des formes établies d'alcoolisme mental est bien décevant. Les psychiatres le savent. Ils aimeraient intervenir de façon préventive et, comme les alcooliques ne sont pas d'accord, ils s'appuient sur une loi spéciale concernant les alcooliques qui vient compléter, dans la plupart des pays, celles en vigueur sur la maladie mentale.

Vouloir contraindre un alcoolique à « se soigner », par des placements en maisons de buveurs, des cures de *désintoxication* et de sevrage obligatoires, des mesures de patronage, est aller droit à l'échec.<sup>14</sup>

Pour le traitement des conséquences psychiatriques de *l'alcoolisme*, les psychiatres proposent donc les *vitamines B*, les *neuroleptiques* et certains *tranquillisants*.

Pour le traitement de la mauvaise habitude de boire, les psychiatres ont proposé toute une série de mesure qui vont de la thérapie du comportement (avec ses cures de dégoût à l'*apomorphine*), à la cure de *disulfiram* en passant par la *psychothérapie* de groupe ou individuelle et les *tranquillisants*.

Mais l'assistance la plus efficace, dans ce domaine, reste cette association d'anciens alcooliques, les Alcooliques Anonymes, ou AA. (voir Adresse Utiles, à la fin de l'ouvrage), qui a compris depuis très longtemps que l'alcoolisme n'était pas un problème que les médecins et les psychiatres pouvaient résoudre **Dans l'aide aux personnes-qui-ont-la-mauvaise-habitude-de-consommer-plus-d'alcool qu'elles ne peuvent en supporter, les AA ont de loin le plus grand succès.** Mais comme ils l'ont modeste, ils ne font pas beaucoup parler d'eux.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### AMBULANCE

Les psychiatres ont de bien mauvaises habitudes. Non contents d'interner leurs malades contre leur gré, en *urgence*, en extrême vitesse et en cachette, ils les font transporter, pour corser la chose dans des *ambulances*, qui roulent à tombeau ouvert, sirène hurlante, vers ce triste caveau qu'est l'asile psychiatrique ! Mais pourquoi s'y rendre si vite, alors qu'au moment de l'admission, l'attente du médecin de garde peut durer une à deux heures et qu'un séjour asilaire moyen dépasse toujours le mois ? Pour un si long voyage, pourquoi tant de hâte au départ ?

Les psychiatres ont pourtant leurs raisons : une fois prise la décision d'internement, il faut faire vite. Pressés, ils fabriquent l'urgence. Deux à trois minutes après le coup de téléphone, donné subrepticement à l'insu du malade et pendant que la famille détourne son attention, l'ambulance est devant la porte. Ce véhicule présente de nombreux avantages : il est immédiatement disponible (souvent par radio !), il est muni d'une puissante sirène, il est équipé enfin de deux gros ambulanciers, des malabars, dont les capacités de « convaincre » un fou, peu enclin au voyage, sont étonnantes. Une clé au bras, un arrimage serré sur le brancard et le tour est joué.

Le transfert par ambulance est cher, très cher. Il n'est pas toujours remboursé par les assurances, et les ambulanciers n'y vont pas avec le dos de la cuillère. Le trajet, d'un hôpital général à un hôpital psychiatrique, long de six kilomètres par exemple, coûte 12 francs en taxi, 18 francs avec un véhicule de la police et 240 francs en ambulance... Ça fait cher du pin-pon !

Conclusion : pour garder ses sous et prendre son temps, il vaut mieux aller à l'hôpital psychiatrique en taxi, par un moyen de transport public... éventuellement en hélicoptère !

### AMBULATOIRE (TRAITEMENT)

Qu'il « marche » bien ou ne « marche » pas, le *traitement ambulatoire* (le verbe latin *ambulare* signifie marcher) est op-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

posé, en psychiatrie comme en médecine, au traitement hospitalier. Il regroupe toutes les interventions psychiatriques ou psycho-sociales qui ont lieu hors du cadre de l'hospitalisation.

Si le psychiatre à l'hôpital (ou tout autre praticien) *propose un traitement ambulatoire*, il fait allusion à une prise en charge extra-hospitalière (ou en dehors de l'asile) par un *psychiatre privé*, par un *centre de santé mentale*, un *hôpital de jour*, un *atelier* ou un *foyer protégé*. Notons d'emblée que le psychiatre ne peut que proposer ce traitement, car celui-ci n'est possible que si vous l'acceptez. Vous avez donc toute latitude de profiter ou non d'un *traitement ambulatoire*. Vous pouvez aussi l'essayer, quitte à l'abandonner s'il ne vous convient pas. Contrairement à ce que pensent beaucoup de psychiatres d'hôpital, il n'est ni évident ni forcé qu'un séjour à l'asile soit suivi d'un *traitement ambulatoire*.

Néanmoins, s'il se révèle nécessaire et que vous l'acceptez, il se déroulera chez un psychiatre privé ou dans l'une des quatre institutions précitées. Celles-ci font toutes partie du secteur psychiatrique, contrairement aux psychiatres privés. Ils en sont à la fois vexés et satisfaits, voici pourquoi :

Chacun reconnaît, du moins ceux qui sont lucides, vous et moi (!), que l'hôpital psychiatrique n'est pas efficace pour soigner la folie et soulager la souffrance. Il suffit d'écouter (les psychiatres n'aiment pas tellement le faire !) les malades qui en sortent dûment étiquetés et promis à une belle carrière psychiatrique... On a donc cherché à développer une psychiatrie extra-hospitalière ou ambulatoire, fondée sur les deux notions *d'équipe* et de *secteur psychiatrique*. Une même équipe soignante allait s'occuper, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, d'une population issue d'un même quartier ou secteur.

Les psychiatres privés ne savent pas travailler en équipe. Ils ont l'habitude de soigner, seuls, dans des cabinets-aquariums, un échantillon de population bien sélectionné, à l'aide de techniques sophistiquées.

Us sont donc exclus du secteur psychiatrique, qui prend tout le monde en charge avec une équipe, dans des centres ambulatoires publics. Cette exclusion les vexe naturellement beaucoup.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

D'autant plus que le secteur public tend à drainer de plus en plus de malades hors de la clientèle privée, et que ce facteur économique n'est pas négligeable, ni négligé d'ailleurs par l'association de défense des intérêts des psychiatres privés. Mais n'être pas intégrés au secteur est également pour eux source de satisfaction. Pourquoi ? Depuis quelque temps, la *psychiatrie de secteur* est en nette défaveur. Les politiciens ne l'aiment plus. Elle coûte trop cher. Son efficacité est discutable. Elle abrite aussi des éléments du personnel soignant qui contestent et sont mécontents. Ils sont plus difficiles à contrôler qu'à l'asile. Les usagers ne l'aiment pas, parce que les médecins changent trop souvent, que les solutions proposées, trop globales, ne peuvent résoudre à long terme leurs problèmes individuels et que le poids d'une administration centrale est ressentie, très justement, comme un contrôle de plus dans leur existence.

C'est alors que les psychiatres privés déclarent avec satisfaction : « Dans ces conditions, nous sommes les seuls qui assurons un « *bon traitement ambulatoire* ! » A voir !

## ANOREXIE MENTALE

Cette étiquette-diagnostic est réservée à des jeunes filles et des jeunes femmes qui perdent, peu après la puberté et jusqu'à vingt-cinq ans environ, leur appétit (*anorexie*), leur poids (*amaigrissement*) et leurs règles (*aménorrhée*), du fait d'un état mental particulier. En toute objectivité scientifique, les psychiatres décrivent par exemple, des jeunes filles « dont l'inauthenticité est décourageante... dont l'expression est triste et vieillotte... dont l'attitude est guindée et rigide... qui frappent par leur entêtement et leurs capacités à manipuler l'entourage... »<sup>15</sup> Ignorant le principe d'Heisenberg (les choses observées sont modifiées par le fait de les observer), ils enchaînent avec de fortes et belles conclusions du genre : « La jeune fille anorexique refuse sa féminité, non parce qu'elle aimerait être un garçon, mais parce qu'elle ne se sent pas assez forte pour intégrer sa sexualité »<sup>16</sup> ou « L'*anorexique* refuse sa vocation féminine et développe une réaction d'opposition instinctivo-affective... »<sup>17</sup>

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Les problèmes de féminité et de vocation féminine sont évidemment au centre de la pathologie de ces jeunes filles, observées par des psychiatres qui ont su bien intégrer leur vocation féminine, merci ! et par d'autres qui savent de quoi elles parlent, car ces praticiennes acceptent leurs féminité, leur castration, leur envie de pénis et tutti quanti ! Mais pendant que les psychiatres ruminent avec délice de belles théories forgées sur les souffrances des « *anorexiques* », celles-ci continuent à se faire vomir et à lutter contre cette faim d'exister qui les dévore.

Leur problème n'a rien à voir avec le refus de nourriture, la perte de poids ou la féminité. Elles ont faim, ces jeunes femmes. Faim d'une autre vie que celle que Maman s'est offerte avec sa belle féminité, celle que Madame le Psychiatre s'accorde avec « sa castration bien intégrée »... Si grandir veut dire s'enfermer dans un carcan idiot « masculin-féminin », si manger égale pousser, si pousser signifie rentrer dans la prison de la « féminité », de la passivité et de la subordination au grand mâle, ces jeunes femmes, on peut le comprendre, préfèrent l'âge où tout était encore possible.

Ne nous y trompons pas. Ces jeunes filles qui arrêtent de manger sont extra-lucides. Elles voient bien ce qui les attend, la vie comme Maman, le mariage, les gosses, le ménage et la dépression à la ménopause. Une vie normale, quoi !

Les psychiatres savent depuis un siècle que *l'anorexie mentale* est une affection féminine, comme *l'hystérie*, la *psychose-hallucinatoire chronique*, les *dépansions-réactionnelles*, la *mélancolie d'involution*, etc. C'est comme ça... Quel triste lot d'être femme ! Heureusement que la psychiatrie des hommes est là pour les aider...

Pour *l'anorexie mentale*, ils ont découvert le vrai traitement. Tous les précis de psychiatrie sont formels : une seule solution s'impose, « l'isolement absolu du milieu familial ». *La psychothérapie* qui consiste à « leur faire accepter progressivement leur féminité », se heurte, on s'en doute, à quelques résistances ! Ces jeunes filles sont, d'après les psychiatres, opposantes, résignées, froides, distantes, silencieuses... et ne « collaborent » pas au traitement. D'autres mesures plus énergiques, telles une cure *d'insuline* ou une petite série *d'électrochocs*, peuvent améliorer leur col-



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

laboration et leur faire « accepter leur féminité », soyez-en sûrs !

*L'anorexie mentale*, ultime résistance de l'adolescente au seuil de l'âge adulte, cédera comme le reste. **Les psychotérapeutes s'arrangeront pour que leurs malades s'adaptent à la réalité du monde des adultes, le monde au féminin, au masculin, celui des compromis et des grandes bouffes, de la sexualité programmée et de l'oppression quotidienne de la femme par l'homme.**

### ANTIDEPRESSEURS

Ce grand groupe de *médicaments psychotropes* assure la chimiothérapie des états dépressifs et, par extension, de tous les troubles de l'humeur conduisant à l'abattement et à la mélancolie.

Comme les *neuroleptiques*, les *antidépresseurs* ont été découverts par hasard, en 1952 : certains malades tuberculeux, traités par l'*iproniazide*, présentaient un curieux état d'euphorie. Cela ne passa pas inaperçu et on étudia cette substance. Les chimistes mirent en évidence son action de blocage d'un enzyme cérébral appelé la *mono-amine-oxydase*. Toute une classe de médicaments furent bientôt développés. On les appela les IMAO, c'est-à-dire *inhibiteurs de la mono-amine-oxydase*. Ils avaient la propriété de stimuler l'humeur et de combattre parfois assez brutalement, l'abattement du psychisme. Leur action n'était toutefois ni constante, ni stable et leur administration n'était pas sans danger. Ils ont donc été progressivement abandonnés. Ils provoquaient des effets secondaires non négligeables sur la tension artérielle, en la faisant baisser, et interdisaient l'association avec certains autres médicaments (*antidépresseurs tricycliques, hypertenseurs, amphétamines*) et certains aliments (fromages, boissons alcoolisées, fèves...)

La deuxième grande classe d'*antidépresseurs*, qui fait le bonheur et la richesse des entreprises pharmaceutiques, et celle des *tricycliques*. Ils doivent ce qualificatif à leur formule chimique constituée de groupes d'atomes disposés en trois cycles.

Découverts en 1957, ils dérivent tous de l'*imipramine*. Ils s'administrent par la bouche (comprimés ou sirop) et

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

en injections intraveineuse ou intramusculaire, cette dernière surtout dans la cure de détente.

Les fabricants rappellent à juste titre que leur action maximale ne se développe pas immédiatement, mais une semaine à dix jours après le début du traitement. Les doses administrées vont de 30 à 200 milligrammes par jour. Contrairement aux neuroleptiques, dont les doses peuvent être décuplées, il est rare que celles-ci s'écartent beaucoup de ces valeurs.

Les *antidépresseurs* agissent sur l'humeur dépressive en la modifiant progressivement, ainsi que sur l'angoisse et l'insomnie en les atténuant. Certains sont stimulants, comme l'*imipramine* et la *désipramine*, d'autres sont plus nettement calmants et apaisants, tel l'*amitriptyline*. Les premiers peuvent alors augmenter l'état anxieux et l'insomnie ; c'est pourquoi ils sont parfois administrés conjointement avec des tranquillisants et des somnifères.

Tous les *antidépresseurs tricycliques* entraînent des effets secondaires plus ou moins gênants. Ils peuvent provoquer une certaine somnolence (s'en méfier si on prend le volant, surtout s'ils sont associés à l'alcool), des vertiges, une sécheresse de la bouche (aisément combattue par la consommation de bonbons acidulés), des troubles de la vue, de la constipation, une difficulté à uriner, des troubles de la puissance sexuelle et des troubles cardiaques sous forme de palpitations (surtout lorsqu'ils sont administrés en goutte à goutte).

Beaucoup de ces effets sont passagers, d'autres cessent aussitôt que l'on diminue la dose. De toute façon, ils doivent être signalés au médecin qui peut soit les corriger par un autre médicament, soit, ce qui est préférable, modifier la dose pour les faire disparaître. Les *antidépresseurs* peuvent être très efficaces comme auxiliaires de la psychothérapie ; s'ils sont prescrits et absorbés dans un rapport de confiance avec le médecin.

Il ne faut pas craindre d'en prendre plusieurs semaines, s'ils sont bien supportés. Ils n'entraînent aucune dépendance, ni aucune accoutumance. Il est préférable d'en suspendre l'absorption progressivement lorsque l'amélioration est obtenue (en prenant pendant une semaine la moitié de la dose prescrite par le médecin et, la semaine suivante, encore une fois la moitié), pour que la dépression ne re-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

viennaise pas. Mais, sur plan pharmacologique, il n'y a aucun inconvénient à les arrêter d'un seul coup.

### ANTIPSYCHIATRIE

L'antipsychiatrie est à la psychiatrie ce que les antituberculeux sont à la tuberculose !

Chacun y va de sa petite définition ! Ce mouvement est né, dans les années 60, des travaux théoriques de Michel Foucault en France, de Ronald Laing en Angleterre, et des expériences pratiques menées par un autre psychiatre anglo-saxon David Cooper, dans l'un des pavillons (villa 21) d'un hôpital psychiatrique de la banlieue londonienne.

L'antipsychiatrie n'existe que par rapport à la psychiatrie, de même que Cooper n'a conçu la Villa 21, communauté thérapeutique pour jeunes *schizophrènes*, que par rapport aux traitements traditionnels offerts aux *psychotiques* (*électrochocs, cures d'insuline, neuroleptiques*).

L'antipsychiatrie (le terme est de Cooper) a rassemblé dès le début toute une catégorie de gens qui voulaient réfléchir sur la psychiatrie et notamment sur trois aspects fondamentaux de cette pseudo-science médicale : les notions de maladie mentale et de diagnostic, la critique du fonctionnement de l'hôpital et des institutions psychiatriques, et les traitements utilisés en psychiatrie.

Les psychiatres clament que les antipsychiatres n'ont rien inventé et qu'ils menaient cette réflexion entre eux depuis longtemps. C'est possible. Ils n'avaient pourtant jamais osé, jusque-là, mettre en question deux principes fondamentaux de leur pratique : d'abord, que la *folie* est ce qu'elle est, une triste et horrible fatalité, dont il faut guérir ceux qui en sont atteints ; ensuite, que la psychiatrie, avec ses institutions, est ce qu'elle est, une triste et horrible réalité, mais qu'elle représente ce que l'homme a imaginé de plus positif à opposer au négatif de la *folie*. Entre ces deux pôles, s'est établi depuis longtemps un champ haute tension qui n'autorisait la discussion et la contestation de la psychiatrie, que dans une certaine limite. Les antipsychiatres ont su démontrer que, pour permettre une discussion de fond, il fallait inverser le champ, donc **positiver la folie et négativer l'appareil psychiatrique**.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Evidemment, les anti-anti-psychiatres sont immédiatement partis en guerre contre ces gêneurs, ces empêcheurs de tourner en rond et ont agréablement falsifié leurs thèses pour mieux les rejeter.

Ils ont fait là ce qu'ils font tous les jours avec les *fous* dont ils s'occupent. Ils les regardent un instant, leur collent une étiquette (*fou* ou *antipsychiatre*) et les expulsent dans une catégorie déterminée et dans un lieu précis. *Les fous entrent à l'asile et les antipsychiatres en sont éjectés*. Ils se croisent, mais il est important qu'ils ne se rencontrent pas : ils pourraient s'écouter, s'entendre, même s'entendre contre quelqu'un ou contre quelque chose. Comme le rappelle Bleandonu « le terme d'antipsychiatre sert surtout, dans les milieux psychiatriques, à désigner tout professionnel dont l'anticonformisme ou l'aspect novateur dérange »<sup>18</sup>, ce qui n'est pas sans rappeler une définition légale et officielle du malade mental : « Sont soumis à la présente loi, les personnes atteintes de maladies mentales et tous les autres malades dont l'état mental est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publique. »<sup>19</sup>

La valeur de l'antipsychiatrie est de déranger la psychiatrie. Pour sûr, elle le fait ! La plupart des traités de psychiatrie lui réservent un épais chapitre de réfutation de ses thèses. Les attaques sont violentes contre « l'antipsychiatrie rudimentaire qui attire tous ceux qu'auraient déçus les échecs de leur carrière ou les errances de leur destin... »<sup>20</sup> « L'antipsychiatrie est une *perversion*, une imposture et une trahison,... les médecins antipsychiatres n'ont plus le droit de se dire encore médecins »<sup>21</sup> et, finalement, « La signification profonde de l'antipsychiatrie relève d'une crise d'originalité juvénile, d'un sentiment de culpabilité et d'un complexe de castration... »<sup>22</sup> Les psychiatres tentent ainsi de démontrer que les antipsychiatres sont fous et ils se proposent de les guérir.

Tant de rogne et de brouhaha, tant de peur et de colère, sont peut-être de bon augure. **Si l'antipsychiatrie dérange et inquiète tellement ; c'est qu'elle a quelque chose à dire sinon elle serait passée inaperçue et morte de sa belle mort, comme d'autres courants de la psychiatrie.** Pour les psychiatres, le mouvement est évidemment dangereux car il ébranle un pouvoir auquel ils se cramponnent. En tant

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

qu'interrogation et contestation de la psychiatrie, l'antipsychiatrie est permanente.

En cela, elle peut accueillir le discours de tous les *fous*, malades, internés, psychiatrisés, qui voudraient faire entendre leur voix et témoigner que la psychiatrie traditionnelle, ou la psychanalyse, n'ont su ni les écouter ni les comprendre.

### ARGENT

Les *problèmes d'argent* peuvent à la longue conduire à l'hôpital psychiatrique, mais l'hospitalisation ne les résout pas pour autant. Il faut donc soumettre sans tarder factures, dettes et autres poursuites, à l'assistant social qui tentera de débrouiller les situations les plus embrouillées... Il en a l'habitude et a plus d'une corde à son arc, plus d'une petite combine pour vous tirer d'affaire. A l'entrée de l'hôpital psychiatrique si vous êtes normalement assuré, il n'y a pas de dépôt financier à faire, sauf, parfois, lorsque le malade est étranger. L'argent que vous avez éventuellement sur vous est comptabilisé lors de *l'inventaire* et placé en lieu sûr dans le coffre de l'administration.

Pour mieux « tenir le coup » pendant le séjour, il faut un peu d'argent de poche, afin d'acheter cigarettes, journaux, boissons à la cantine dont vous auriez envie. Si vous n'avez pas d'argent, le service social peut vous avancer une petite somme.<sup>23</sup>

### ASILE

L'*asulon* des anciens Grecs était un lieu inviolable où l'on venait se mettre à l'abri.

L'asile d'aliénés moderne, rebaptisé « hôpital psychiatrique » est, pour plus de la moitié des patients, un lieu de détention<sup>24</sup> autant qu'un lieu de soins. A passer une journée au centre d'admission de n'importe quel hôpital psychiatrique, au rythme incessant des ambulances et des voitures de police qui déchargent leurs victimes, on se prend à réfléchir à la fonction de poubelle dont s'acquitte ce lieu pour une société, moderne, fabricante de déchets de

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tous genres, de paumés, de marginaux, d'inadaptés et d'une considérable souffrance humaine.

L'hôpital psychiatrique voudrait tant devenir enfin un lieu d'accueil bienveillant et de soins efficaces qui s'occuperait, comme son homologue médical ou chirurgical, avec compétence et sollicitude, de malades en souffrance ! S'il n'y parvient pas, c'est que des internés, ces gêneurs, dérangent sans cesse ce projet de leurs coups sourds contre les portes verrouillées et de leurs protestations véhémentes.

Comment réaliser un paradis impossible, s'il est fondé sur la grande illusion de la nature individuelle et biologique de la *folie* et de son caractère inéluctable ?

A la fatalité de la *jolie*, les hommes répondent par la nécessité de l'asile.

Mais ne nous y trompons pas, l'asile a honte de ce qu'il fait. Il a démoli son mur d'enceinte, mais il a reconstruit une barrière de silence. L'extérieur ne doit pas savoir ce qui s'y fait. Pour les gens de l'asile, la vraie menace vient de ceux qui voudraient rendre cette barrière plus perméable, et des autres qui, de l'intérieur, cherchent à le modifier.

« Il faut être bien bête et vraiment naïf pour vouloir modifier l'hôpital psychiatrique », raillait, un psychanalyste responsable d'un service ambulatoire et d'ajouter, « Moi, dans une telle institution, je reste un minimum de temps et je m'en vais au plus vite... » S'en aller, sans doute, cher maître, pour satisfaire de belles ambitions, dans un cadre plus accueillant... Pourtant cette politique de « fuite incessante du navire » des gens qui, de par leur pouvoir, pourraient infléchir sa route, fait que l'asile vogue bien, merci ! mais vers le large, et que la terre des hommes est loin d'être en vue... Fatalité de l'asile, nécessité de la *folie*.

**Il est vrai que l'asile ne peut pas être changé. Il faut le détruire.**

## ASSURANCES

### 1. Assurance maladie

Les soins psychiatriques coûtent cher. On l'apprend très

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

rapidement et à ses dépens, si l'on ne dispose pas d'une assurance maladie<sup>25</sup> appropriée ou d'une affiliation adéquate à la sécurité sociale.

Si un traitement psychiatrique est nécessaire et un séjour à l'hôpital inévitable, la première chose à faire est de prendre contact avec la sécurité sociale, ou l'assurance maladie, pour savoir exactement ce qui vous sera remboursé. D'éventuelles cotisations ou primes non payées doivent être réglées sans tarder. Sans possibilité de remboursement, il faudrait, de préférence, trouver une solution de traitement en dehors de l'hôpital, ce qui est souvent possible, plutôt que de vous ruiner en prolongeant votre séjour.

### 2. Assurance perte de salaire

En psychiatrie, les maladies durent et se prolongent. Les interruptions de travail également. Or, les employeurs n'assurent un salaire régulier que pendant une brève période. Il est donc très utile de disposer d'une assurance qui verse la totalité ou une part de votre salaire, durant la maladie. Cela permet à la famille de s'en sortir pendant votre absence.

### 3. Assurance invalidité

Il y a des *fous*, disent les psychiatres qui sont si malades qu'ils en deviennent invalides... C'est dire qu'ils sont affligés d'un sérieux handicap et qu'ils perdent de ce fait leur capacité de travail. Une assurance invalidité peut alors intervenir.<sup>26</sup>

## ATELIER

Les ateliers psychiatriques cherchent à mettre en valeur les principes de l'*ergothérapie*.

A l'hôpital, il existe des ateliers d'*ergothérapie* où il est possible de faire un travail de type artisanal ou créatif (tissage, poterie, travail du bois, couture, etc.), des ateliers de marionnettes et des ateliers dits thérapeutiques, plutôt orientés vers une production industrielle (petits travaux simples pour l'économie locale).

A l'extérieur de l'hôpital, se trouvent les ateliers thérapeutiques ou ateliers protégés qui s'intègrent dans le dispositif de *traitement ambulatoire* du secteur.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Ce sont des lieux de travail spécialisé dans la petite production industrielle (atelier de menuiserie, de cartonnage, de conditionnement, de reliure, petite imprimerie, dactylographie, etc.) Toute une catégorie de gens, plus ou moins robotisés par leurs médicaments ou par un trop long séjour asilaire les fréquentent. Ils logent soit à l'hôpital sous le régime hôpital de nuit, soit dans des foyers protégés ou dans des pensions psychiatriques.

En principe, les patients ne devraient passer que quelques mois dans les ateliers avant de retrouver, par la suite, une activité professionnelle régulière dans une entreprise. En pratique, du fait de la crise et du chômage qui augmente, de tels postes de travail ne se libèrent pas et ces gens restent, à perpétuité ou presque, dans des ateliers qui deviennent de bien tristes lieux de travail, de bien misérables lieux de soins et de pauvres centres de relations humaines.

### AUMONIER

Pour des raisons historiques, l'*Eglise* a toujours eu sa place à l'asile psychiatrique et la chapelle son petit espace sur le domaine de l'hôpital. Les premiers asiles d'aliénés, après la Révolution française, étaient souvent gérés par des ordres religieux. Lorsqu'ils se sont laïcisés, le personnel religieux s'en est allé, mais les aumôniers sont restés. C'était justice. De plus, l'hôpital psychiatrique du XX<sup>e</sup> siècle est une grande concentration humaine, de plus d'un millier de personnes. Il y a donc lieu de lui adjoindre un ou plusieurs aumôniers, comme à l'hôpital général, pour répondre aux préoccupations spirituelles du personnel et des malades.

L'aumônier doit faire partie de l'*équipe psychiatrique*. Il a sa place parmi les soignants au même titre que l'assistant social ou le médecin. Il est un soignant souvent efficace, et approche le malade à travers sa « spécialité », la vie spirituelle et la transcendance, comme l'*ergothérapeute*, par exemple, l'approche à travers l'objet et la matière.

Pour l'équipe soignante, **l'intérêt du dialogue avec les aumôniers réside dans l'étroite dépendance entre le mental et le spirituel, entre l'âme et le psychisme.**



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Pour les malades, le dialogue avec l'aumônier peut représenter, selon sa qualité, une approche plus humaine dont ils ont un urgent besoin à l'hôpital psychiatrique. Il faut s'adresser à l'équipe pavillonnaire pour prendre contact avec lui. Dans certains hôpitaux, les aumôniers célèbrent un service religieux à tour de rôle, le dimanche.

### AVOCAT

Que vient faire ici l'homme de loi, le plaideur, le défenseur ? A-t-il vraiment sa place dans un tel guide ?

Cette question en soulève évidemment quelques autres.

De quel droit les hôpitaux psychiatriques se font-ils surveiller par des magistrats ? Pourquoi un hôpital est-il placé sous le contrôle et la surveillance de la justice ?

Qui a fabriqué des lois qui régissent l'entrée et la sortie d'un lieu de soins et d'assistance, comme il en existe pour les lieux de détention ?

La psychiatrie hospitalière est placée sous la surveillance et la protection d'un magistrat et d'un appareil législatif. D'accord ! Mais qui protège le malade ? De beaux esprits répondront que lois et magistrats ont été mis en place, pour cela justement. D'autres affirmeront que « l'*internement arbitraire* n'est qu'un souvenir plus ou moins romancé de la Bastille et des lettres de cachet »<sup>27</sup> ou qu'ils n'ont « pas rencontré un seul internement arbitraire pendant leurs nombreuses années d'exercice de la psychiatrie ».<sup>28</sup> On frémit d'une telle cécité. Quel directeur d'asile psychiatrique public et officiel relève le pari qu'il existe, dans sa belle maison, au moins une personne dûment séquestrée n'attendant que sa libération ? D'ailleurs, les cas où le magistrat vient à l'asile, fort de sa loi, pour protéger et libérer un malade mental interné arbitrairement, sont extrêmement rares. Ce qui veut dire qu'il n'y a pas d'internement arbitraire ? Ou que les magistrats n'osent pas s'opposer aux médecins ? Il faut savoir comment se déroulent les visites de ces contrôleurs. Une fois par semaine, ou une fois par mois, ces messieurs se font présenter des dossiers et expliquer des diagnostics auxquels ils ne comprennent rien. Ils ne rencontrent que rarement la personne concernée. Pensez, ils ont d'autres « chats à fouetter » ! Finalement, ils

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

jugent sur pièces rédigées en hiéroglyphes ! **L'avocat est ainsi le seul défenseur légal d'un malade qui en a besoin pour faire recours et pour faire valoir ses droits.** En Europe, les avocats qui osent s'opposer au corps médical ne sont pas légion. Il en existe quand même qui sont prêts à prendre leurs responsabilités. Il faut essayer d'obtenir leur nom (éventuellement à l'aide du service social) (cf. Adresses utiles à la fin de l'ouvrage) et leur adresser le double de toutes les lettres de recours ou de réclamation que vous enverrez à qui de droit.

## BIBLIOTHEQUE

Un hôpital psychiatrique « moderne et progressiste » en possède généralement une, qui, à heures et jours fixes, est mise à la disposition des malades. Parfois même, elle est montée sur roulettes et part se promener dans les pavillons fermés ! Renseignez-vous auprès du personnel infirmier ou du service social.

Plus ou moins bien fournie, selon le dynamisme de la personne ou de l'organisme qui est responsable (infirmière à l'âge de la pré-retraite, bibliothécaire ou autre service municipal...), vous y trouverez sans doute de quoi distraire les longues heures d'attente de votre séjour. Car à l'hôpital psychiatrique, comme à la caserne et en prison, on attend beaucoup, tantôt le psychiatre tantôt l'action du traitement, le plus souvent les deux à la fois !

Il existe aussi un kiosque à journaux et, naturellement, une bibliothèque médicale et scientifique. Elle est réservée au corps médical, qui fait preuve, il est vrai, d'un certain laxisme en tolérant que certains de ses commensaux (infirmières et psychologues) l'utilisent également. Car la bibliothèque des médecins, bien évidemment, n'est pas ouverte aux malades. Dommage ! Ils y trouveraient d'excellents ouvrages, fort instructifs. Habituellement, les patients aiment bien comprendre ce qu'on raconte sur eux. Certains termes les intriguent. Ils voudraient feuilleter les dictionnaires, découvrir le sens de ces belles étiquettes, schizophrène, pervers, apragmatique et tutti quanti, qui leur sont attribuées. Utilisant le même langage que leurs méde-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

cins, les malades pourraient sûrement mieux s'entendre avec eux !

Malgré l'interdiction, si vous avez de bons contacts avec le bibliothécaire il n'est pas exclu qu'il vous laisse parcourir un ou deux bouquins. **Profitez-en : en ayant accès au jargon médical, vous usurpez une parcelle de pouvoir...**

### CANTINE

Chaque hôpital psychiatrique qui se respecte possède une cantine ou une cafétéria, pour nourrir son personnel. Généralement les malades n'y sont pas admis, ou ne peuvent y venir qu'à certaines heures. En insistant bien, vous obtiendrez peut-être l'autorisation de manger le menu des soignants souvent supérieur au menu des soignés (voir *nourriture*). Encore faut-il avoir de l'*argent* !

La cantine est le seul lieu un peu humain de l'hôpital, car elle est destinée aux soignants et à leurs amis et ouverte sur l'extérieur et sur la cité. Là, si les soignés y ont accès, la différence entre « *fou* » et « *non-fou* » s'estompe un peu et vous pouvez avoir une conversation plus normale, plus détendue avec certains membres du personnel. Pour cette raison tous ceux qui répugnent à ce rapprochement, ceux qui ont un peu peur des fous, certains directeurs et médecins chefs, ne mettent jamais les pieds à la cantine.

### CASTRATION

Ce terme, qui désigne l'ablation des glandes génitales, se rencontre, en psychiatrie, essentiellement sous deux formes.

D'abord au niveau symbolique. Dans la théorie psychanalytique freudienne, *le complexe de castration* serait la conséquence inéluctable de la tragique découverte du petit garçon constatant qu'il a un zizi et que sa sœur n'en a point. Si elle n'en a point, c'est qu'on le lui a enlevé, songe le petit garçon, le petit Sigmund... Si on le lui a ôté, cela pourrait bien m'arriver. Et d'autant plus que j'ai envie de coucher avec maman (*complexe d'Œdipe*) et que mon

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

papa pourrait se fâcher ! Pour la petite fille, selon Freud, c'est perdu d'avance ! Elle ressent l'absence de pénis comme un préjudice fondamental (ce en quoi elle n'a évidemment pas tort si l'on considère les avantages sociaux que procure cette petite « longueur d'avance » !) qu'elle cherchera à nier, à compenser ou à réparer, sa vie durant.

L'autre forme est beaucoup plus terre à terre, si l'on peut dire ! C'est la *section chirurgicale des testicules* chez l'homme, dans un but thérapeutique, paraît-il, en psychiatrie. Les Anglo-Saxons surtout ont préconisé ce traitement pour les malades qui s'adonnaient à la masturbation. Au XIX<sup>e</sup> siècle on admettait que celle-ci était la cause de nombreuses maladies mentales et un psychiatre américain, le Dr Goodell, affirmait qu'une « bonne politique sociale doit se proposer de faire disparaître la *folie* en prescrivant la castration de tous les « hommes fous » et l'extirpation des ovaires de toutes les « femmes folles ».<sup>29</sup>

En 1979, les experts-psychiatres proposent encore fréquemment la castration comme « traitement » des délinquants sexuels, la *castration chirurgicale* passe au second plan, maintenant qu'il existe des techniques de *castration chimique*.

### CASTRATION CHIMIQUE

Les chimistes d'une société pharmaceutique allemande ont mis au point, il y a déjà plusieurs années, un dérivé hormonal, l'*acétate de cyprotérone*, dont l'action bloque les effets des hormones mâles (ou hormones androgènes) chez l'homme. Cette action « anti androgène » a, on s'en doute, vivement intéressé les psychiatres, qui se sont emparés de ce produit, l'ont qualifié de médicament et se sont mis à l'administrer à certains de leurs patients.

En bloquant le fonctionnement testiculaire, ce médicament réduit la pulsion sexuelle et diminue la puissance virile (comme dit le prospectus...). Autre avantage : après la fin du traitement, la fonction des glandes génitales se rétablit entièrement (prospectus dixit).

Les psychiatres destinent cette préparation à ceux qui souffrent d'hypersexualité et de déviation sexuelle. Lors

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

d'expertises médico-légales de délinquants sexuels, il leur arrive de proposer ce « traitement » comme alternative à la *castration chirurgicale*. Le médicament est parfois administré à l'insu du patient ou de force. Généralement pris sous forme de pilules, il peut également être implanté dans la paroi abdominale comme le *disulfiram* et produire ses effets durant deux à trois mois. Par exemple, dans un hôpital psychiatrique, ce « traitement » a été prescrit à un pauvre homme dans la cinquantaine qui avait passé toute sa vie à l'asile et qui chaque matin cherchait un peu d'affection en tentant d'embrasser l'infirmière chef du pavillon. Comme il était un peu baveux et que la demoiselle n'aimait pas les effusions, hop ! un traitement ad hoc a calmé ses envies dégoûtantes et libidineuses...

Le médicament est administré à raison de 2 comprimés par jour mais, dans les cas qui résistent (pas d'amélioration après quatre semaines), il est recommandé de passer à quatre, voire six comprimés par jour. Outre l'effet freinateur sur la fonction sexuelle et reproductive, ce produit peut entraîner une fatigue excessive, des variations de poids et un gonflement des glandes mammaires chez l'homme. En général dit le prospectus, ces effets sont réversibles...

En réalité, il faut savoir que **la plupart des neuroleptiques entraînent déjà une baisse de la sexualité. C'est pourquoi les psychiatres n'ont pas souvent besoin d'associer l'acétate de cyprotérone à leurs traitements.**

## CENTRE DE SANTE MENTALE

Le centre de santé mentale (ou *centre psycho-social*) est effectivement, comme son nom l'indique, en plein milieu du dispositif du secteur qui assure, en dehors de l'hôpital, le traitement ambulatoire des malades mentaux. Il fait partie des institutions psychiatriques publiques par opposition aux psychiatres privés, qui ne font pas partie du secteur psychiatrique, mais s'intéressent néanmoins au traitement ambulatoire.

Lorsque les psychiatres commencèrent à réaliser, au début des années 1950, ce qui se passait à l'intérieur de leurs hôpitaux, ils se sont hâtés d'en sortir pour créer à l'exté-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

rieur un autre dispositif de soins qu'ils ont appelé centre de santé mentale et intégrés dans le secteur psychiatrique. En même temps, ils occupèrent un espace qui, en ville et en dehors de l'hôpital, « appartenait » aux psychiatres privés. Ils se mirent à marcher allègrement sur leurs plates-bandes, d'autant mieux qu'ils disposaient de fonds et de subsides élevés de l'Etat.

Ainsi *le centre psycho-social* (ou le centre de santé mentale) est pris en sandwich entre l'hôpital psychiatrique, qui ne l'aime guère parce qu'il se prend trop au sérieux et prétend assurer des traitements sophistiqués (psychanalyse, avec une équipe de pointe), *et les psychiatres privés*, qui le jalourent et envient sa clientèle.

Ces centres sont donc dans une situation difficile, d'autant plus qu'en leurs murs s'agitent et se débattent pas mal de travailleurs psychiatriques (de travailleuses surtout), en conflit ouvert avec les médecins qui veulent garder le pouvoir.

Un tel centre ressemble à une sorte de grand appartement dans un immeuble de la ville, avec une réception, une salle d'attente et toute une série de bureaux où travaillent des psychiatres, des assistantes sociales (tiens ! les psychiatres hommes n'aiment que les assistantes sociales femmes...), et des psychologues.

Ces gens forment de petites équipes attribuées à chacun des quartiers qui constituent un secteur psychiatrique. Les patients sont pris en charge par l'un ou l'autre des travailleurs de l'équipe, ou par l'équipe entière, dirigée par un psychiatre, volontiers psychanalyste, lui-même sous les ordres du directeur du centre.

Le patient qui consulte ou qui est adressé au centre par l'hôpital psychiatrique, ne peut choisir ni son psychiatre, ni l'équipe qui le prendra en charge, puisque son domicile en décide. De plus, *le caractère institutionnel et public du centre en fait un instrument de contrôle et de surveillance de la population, dite « jolie », de la cité.*

Cela n'est pas une vague menace, mais une réalité quotidienne, inscrite dans les communications téléphoniques et épistolaires que le centre entretient avec l'asile psychiatrique, les organes de police, les organes juridiques, le service de contrôle des automobiles, le service de contrôle des étrangers, les autorités militaires, etc. *Un fichier* contient

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

l'identité et les motifs de consultation de tous les individus qui l'ont consulté depuis sa création. C'est un très gros meuble qui rassemble des centaines et des centaines de fiches. Chaque médecin les consulte avant de se rendre, en *urgence* ou non, devant une personne suspecte de « folie ». S'il trouve son nom dans le fichier, il part rassuré. La personne a déjà été reconnue comme folle. Il l'intèrnera sans arrière-pensée.

Sur le plan thérapeutique, l'opposition idéologique et conceptuelle entre l'hôpital psychiatrique, les centres de santé mentale et tous les autres dispositifs du secteur (hôpitaux de jour, ateliers, foyers), est bruyamment mise au jour et publiquement discutée, afin de masquer et de laisser en coulisses le problème autrement plus préoccupant de la totale collusion administrative et politique entre tous ces dispositifs extra et intrahospitaliers et la parfaite centralisation d'information et de gestion que cela représente.

Les médecins directeurs des hôpitaux psychiatriques et des centres de santé mentale sont subordonnés aux autorités administratives et politiques de la ville ou de la région (canton province, département, etc.). Sans forcément se soumettre, ils font néanmoins le jeu habile des politiciens, qui ont compris, de longue date, que les psychiatres ne savent pas grand-chose mais qu'ils apprécient, comme eux, de partager le pouvoir.

**Instrument de la psychiatrie de secteur, le centre de santé mentale est de plus en plus discuté en matière d'efficacité thérapeutique.**

Souvent, ce centre ne fait rien d'autre que de reproduire l'exclusion et la dépendance, double cadeau empoisonné, que l'hôpital psychiatrique a toujours offert aux *fous*. Le centre abrite toute une catégorie de malades qui ont besoin de lui pour exister (dépendance) et ne peuvent réintégrer la société parce qu'ils le consultent (exclusion). **Par contre, le rôle que le pouvoir administratif et politique fait jouer au centre de santé mentale, comme instrument de contrôle de gestion de la déviance, est de moins en moins discuté, car c'est une évidence.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### CERTIFICAT MEDICAL

Personne ne rentre, contre son gré, à l'hôpital psychiatrique, sans un certificat médical. Personne ne peut être *interné* dans un pavillon, ni *enfermé* dans une cellule *d'isolement*, sans ce certificat. Ce document prend, en psychiatrie, la valeur de la lettre de cachet royale qui embastillait les gêneurs et les opposants à la monarchie. **Un certificat médical sanctionne l'état de fou.** Il peut obliger à se faire soigner et décider d'une privation de liberté, au nom de la science psychiatrique...

Pour légiférer sur les conditions *d'internement* (ou de placement volontaire et d'office), les législateurs de tous les pays se sont penchés sur des textes de « lois pour malades mentaux » (ou plutôt « lois contre malades mentaux... ») Ils s'appuyèrent sur le certificat médical et la prétendue science des psychiatres pour faire, de ces textes, des lois de soin et d'assistance et non des lois de sanction et d'exception. Idéalement, ça devait jouer. **Mais les hommes de loi ne savaient pas que les psychiatres ne savaient rien...**

Us ont exigé que le certificat médical, document essentiel et fondamental, émane d'un médecin possédant l'autorisation de pratiquer son art dans le pays (ou la région) correspondant, qu'il ne soit ni parent, ni allié du malade, ni en quoi que ce soit rattaché à l'établissement psychiatrique qui recevra le malade (médecins travaillant dans l'hôpital, médecin parents du directeur ou du propriétaire de l'établissement). De plus, ce certificat doit être rédigé sur formulaire ad hoc et doit mentionner clairement l'identité du patient. Le médecin doit encore avoir examiné personnellement le malade, moins de quinze jours avant la *demande d'admission*, date du certificat. Il doit être circonstancié, doit exposer les symptômes de la maladie et les motifs qui nécessitent l'internement, d'une manière simple et précise.

En cas *d'urgence*, le certificat doit mentionner cette notion et celle du caractère dangereux du malade, *danger* pour autrui ou danger pour lui-même. C'est en principe la seule condition qui autorise l'internement d'un malade sans une autorisation préalable de l'autorité de contrôle.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Sur le plan théorique, le législateur a bien fait son travail. Le malade devrait en principe être protégé contre les internements arbitraires et contre les abus du pouvoir médical.

En pratique, les choses sont un peu différentes. Le médecin et les autorités de contrôle ont interprété la loi à leur manière, ce qui les arrange bien, mais ne protège plus le malade mental.

**La première dérogation, la plus grave, est l'utilisation quotidienne, de routine, de la procédure d'urgence.** Cela signifie que les médecins font interner des gens sans l'autorisation administrative ad hoc (du département de la Santé publique ou de la préfecture) et que les directeurs d'hôpitaux les acceptent souvent sans certificat médical, à charge d'obtenir ces documents dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission. Il n'est pas difficile d'imaginer ce qui se passe alors à l'asile : dans la journée, un médecin vient voir le malade pour juger de l'opportunité d'un séjour en milieu psychiatrique. Il le trouve déjà « tassé » par les médicaments, souvent enfermé dans une cellule, complètement apathique et parfaitement incapable de soutenir une conversation. En somme, il arrive trop tard pour défendre le malade et lui rappeler ses droits.

**La seconde dérogation n'est pas moins grave ! la clause fondamentale de séparation entre le médecin qui rédige le certificat et celui qui accueille le malade n'est pas respectée.** Les psychiatres se font des coups de téléphone, se rendent des services et oublient, qu'en l'état actuel des choses, ils sont les seuls garants de la liberté individuelle et des droits des malades. Avec la nouvelle psychiatrie dite de secteur et l'unité des équipes intra et extra-hospitalières, les médecins de l'hôpital sont « cul et chemise » avec ceux du dehors. Très concrètement, cela se passe ainsi au téléphone ; « Eh ! salut Paul, j't'envoie Madame Machin, qui est repartie en phase maniaque, j'te ferai un certificat dans la journée... » Paul, est le médecin de garde de l'asile, qui reçoit un coup de téléphone de son copain du centre de santé mentale ! Ou, à l'inverse, le médecin de l'asile téléphone à son ami du secteur : « Dis-donc, Pierre, j'suis empoisonné j'ai une patiente qui est arrivée. J'ai pas de certificat valable. Ça t'ennuierait de monter m'en faire un... ? »

**Enfin, la troisième dérogation rend une bonne partie**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**des certificats rédigés par les médecins proprement illégaux, car ils ne mentionnent, clairement et simplement, ni la description des symptômes, ni la démonstration de l'existence d'une maladie mentale, ni les motifs nécessitant l'internement.**

Ne lit-on pas sur certains certificats « Nouvelle décompensation *maniaque*, danger pour autrui, internement d'urgence » — ou « A tout cassé chez lui, scandale dans le quartier. Alcoolisation aiguë. Danger pour autrui » — « Bien connu des établissements psychiatriques où il a déjà été interné à plusieurs reprises... »

*Le certificat médical est un document qui vous concerne et qui peut décider de votre avenir. Demandez donc à le lire après que le médecin l'a rédigé. Discutez avec lui ce qu'il y met, et ce qu'il entend exactement par l'expression « danger pour autrui » !*

## CHIMIOThERAPIE

Le traitement par la chimie (médicaments) ou chimiothérapie des maladies mentales date de 1952, lorsque Laborit met au point le premier *neuroleptique*. A cette époque, la panoplie (c'est le terme qu'utilisent nos grands-psychiatres-petits-soldats !) thérapeutique ne contenait pas tellement d'armes, du moins aucune capable d'impressionner vraiment les collègues internistes ou chirurgiens. Il y avait le traitement par *l'isolement* et tous les moyens de contention possible, le traitement par l'eau froide, l'eau chaude et autres enveloppements, le traitement par la malaria (qui consistait à rendre le malade encore plus malade, pour le guérir doublement...), le traitement par *l'électricité*, le traitement par *l'insuline*... La médecine, quant à elle, fondée sur Claude Bernard, expérimentateur de génie et Louis Pasteur, découvreur des microbes, pouvait lorgner du côté de la psychiatrie impuissante et ignorante, avec une ironie condescendante. Les psychiatres ne déclarent-ils pas eux-mêmes, que toute leur psychiatrie a été révolutionnée par les médicaments. C'est leur statut, surtout, qui a été révolutionné ! Enfin convertis au bon usage des drogues et des médicaments, les psychiatres pouvaient être accueillis dans la grande famille des médecins.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Dès 1952, les *médicaments psychiatriques*, ou *psychotropes*, se développent prodigieusement. Aux *neuroleptiques* succèdent les *antidépresseurs* et les *tranquillisants*, les *somnifères* et les *stimulants*, sans omettre les *sels de lithium* et autres substances plus spécifiques qui ne sont pas des médicaments à proprement parler, mais qui ont leur utilité comme le *disulfiram* ou l'*acétate de cyprotérone* (voir *castration chimique*).

Les entreprises pharmaceutiques fabriquent des dizaines, des centaines de médicaments pour les psychiatres, chacun ayant, selon elles, un effet un peu différent sur la maladie... Cette industrie devient très riche et développe ses départements de recherche pour découvrir encore d'autres molécules actives, surtout parmi les *neuroleptiques* et les *tranquillisants*. A Bâle, certains gratte-ciel sont le symbole même d'une montagne de petites pilules tranquillisantes ingérées quotidiennement par des millions d'êtres humains, sur toute la planète.

On peut discuter à perte de vue de l'influence exacte de la chimiothérapie sur l'asile. Les psychiatres organicistes sont formels : c'est grâce aux médicaments que l'asile s'est transformé. D'autres rappellent que de nombreux asiles s'étaient modifiés bien avant leur introduction. Tout le monde admettrait sans doute que les médicaments psychiatriques ont diminué la peur, et qu'à partir de ce moment-là tout est devenu possible en psychiatrie. Tant que le malade était immobilisé dans sa peur de la *folie*, le psychiatre dans sa peur du malade et de la *folie*, la société dans sa peur du psychiatre, du malade et de la *folie*, l'asile, grand jardin zoologique de ces trois espèces : *fou*, *folie* et psychiatre, sécrétait la peur par tous ses pores. Arrivent les *neuroleptiques* qui tassent, et calment les agités, diminue la peur et commence alors un balbutiement de dialogue entre le *fou* et son docteur, le psychiatre et la société. Des psychiatres américains ont démontré que la population des asiles psychiatriques de leur pays a cessé d'augmenter dès 1954, date d'introduction de la *chlorpromazine*<sup>50</sup>.

A rencontre des barbituriques et autres médicaments qui ne pouvaient que faire dormir, les *neuroleptiques* inaugurent l'ère de la sédation sans sommeil. Donc des médicaments qui freinent et tassent le psychisme, sans empêcher

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

les fonctions normales et vitales de l'organisme de se poursuivre.

Les entreprises pharmaceutiques cherchent à convaincre les psychiatres de l'effet sélectif des médicaments *psychotropes*, qui sur l'angoisse, qui sur le *délire*, qui sur l'*agressivité* qui sur le caractère...

Cette interprétation des effets des médicaments tient de l'illusion ou de l'imposture. Les *psychotropes* « tassent » le patient, un point c'est tout. Ils le tassent plus ou moins, d'accord, mais c'est toujours l'effet d'abrutissement qui prédomine.

Le développement de la chimiothérapie n'a pas été sans excès. Tissot rappelle justement que la passivité du malade à l'hôpital est aussi le produit des médicaments et qu'ils peuvent aggraver la folie des patients<sup>31</sup>.

La chimiothérapie n'a pas réussi à éliminer les anciennes armes thérapeutiques des psychiatres, qui continuent à associer *électrochocs*, *cure d'insuline* ou *sels de lithium* aux *neuroleptiques*, *antidépresseurs* et *tranquillisants*.

## CHOMAGE

Ce terme qui définit l'absence de travail a sa place ici. N'existe-t-il pas une étroite relation entre travail et folie ? Relation de cause à effet d'abord, où le mot travail reprend son sens d'origine (*trepalium* : en latin, instrument de torture) et devient pour l'homme cause de souffrance.

A cet égard, on songe à tous les gens qui travaillent dans des conditions, à un rythme et dans une ambiance tels qu'ils ne peuvent que progressivement et insidieusement devenir « fous ». Certaines catégories sont plus touchées que d'autres. Les psychiatres les voient régulièrement venir en consultation. Les femmes, plus souvent exploitées et moins bien organisées à la lutte syndicale, sont les grandes victimes du travail à la chaîne et de la production à outrance, qui peut conduire à la *folie*. Les ménagères, les vendeuses de grandes surfaces, les téléphonistes, les manutentionnaires d'usine, les secrétaires sont plus exposées à la maladie que d'autres. La *folie* existe sur leurs lieux de travail, puis s'insinue progressivement à l'intérieur de leur tête et de leur corps. Elles viennent chez le psychiatre, vidées, épuisées.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

sées, raconter qu'un robot les manipule à distance, que leur cerveau se vide de sa substance, qu'on parle d'elles à la télévision et qu'au travail, on les montre du doigt. Le psychiatre écoute tous ces symptômes avec soin et note sur le dossier : *délire paranoïaque aigu*. Le malheureux ! Il regarde une femme qui souffre et il n'y comprend rien, parce qu'il n'est pas femme, et ne travaille pas à la chaîne, et qu'il n'a pas la moindre idée du vécu de ces personnes, exploitées à l'usine et écrasées à la maison. Un diagnostic psychiatrique lui tient lieu de réflexion, une ordonnance médicale de compassion.

Chez les hommes, ceux qui consultent se recrutent parmi toutes les professions, avec parfois un nombre significativement élevé de travailleurs de l'informatique et de grutiers...

Si le travail peut conduire à l'hôpital psychiatrique, il permet aussi de le quitter, car **une activité professionnelle régulière est quasiment indispensable pour tenir le coup psychiquement et matériellement dans cette société.**

Que le chômage soit une source de décompensation psychique est maintenant une évidence. Les statistiques le démontrent un peu partout, **le chômage augmente nettement le taux des dépressions et des suicides**<sup>32</sup>.

Il vide les usines et remplit les asiles, comme il vide les ateliers et renvoie les femmes à leur ménage. **Avant de quitter l'hôpital psychiatrique pour rentrer chez soi, il est bon de tenter de régler ses problèmes de travail avec l'aide du service social, ou au moins le problème des allocations de chômage.**<sup>33</sup>

Reste enfin la possibilité de quitter l'asile en allant travailler dans un atelier protégé ou dans un *atelier thérapeutique*. Comme l'asile, ces ateliers sont pleins en période de chômage. Il est alors très difficile d'y trouver une place. Pour ceux qui douteraient de la fonction de récupération dont la psychiatrie s'acquitte, l'étude de la maladie mentale en période de crise économique est, éclairante.

## CHRONIQUE

Que voilà un petit adjectif suspect !

En médecine, « *chronique* » s'oppose à « *aigu* » et qua-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

lifie des maladies (ou des traitements) qui durent, se prolongent et sont d'évolution lente. Bon nombre de termes psychiatriques sont complétés de « chronique ». Ainsi parle-t-on de *névrose*, de *psychose* et de *schizophrénie chroniques*, de *délire* et de *dépression chroniques*, de *maladies mentales* et de *traitements chroniques*, etc. Petite adjonction peut-être, maigrelette et de peu de poids, qui véhicule pourtant l'énorme et pesante misère de tous ceux qui s'en voient affligés.

Voyez ! Ce terme, qui n'était qu'un adjectif a déjà écrasé et remplacé les substantifs qu'il se proposait de définir. Ne parle-t-on pas, en psychiatrie, des « *Chroniques...* »

Eh bien, parlons-en !

Parlons des « asiles chroniques », des « directeurs chroniques », des « infirmiers chefs chroniques », de toutes les « institutions psychiatriques chroniques », des « psychanalyses-chroniques » et des « prises en charge chroniques », tous gens et toutes institutions qui font durer le plaisir, pour se convaincre qu'ils sont indispensables, et pour manger, pour vivre, nom de nom !

Si un jour cette étiquette-là vous tombe sous les yeux, qu'elle soit collée à vous ou à l'un des vôtres, ne vous laissez ni impressionner ni influencer.

En psychiatrie, il n'y a de chronique que l'esprit imbécile de celui qui colle ce terme à un autre et croit ainsi avoir fait ou dit quelque chose. La chronicité n'existe que dans la tête des soignants en psychiatrie. Effacez-la, enlevez-la d'une façon ou d'une autre, faites-la taire tout simplement, et la chronicité du malade s'évanouit. Les psychiatres voient des adolescents. Ils leur parlent quelques minutes. Sur leur dossier, ils écrivent : « *Schizophrénie évoluant vers une forme chronique* ». Où est la chronicité, sinon dans la tête des psychiatres, au moment où ils écrivent ? Eux, qui n'admettent pas l'état normal et qui ne voient autour d'eux que des *fous chroniques*, ils ont tendance à oublier qu'ils sont eux aussi des psychiatres chroniques !

**Les psychiatres chroniques et les psychanalystes chroniques sont légion. Leur « maladie » dure, et ne s'arrête jamais, même à la maison, même au téléphone, même au bistrot...**

Je me souviens d'un collègue, jeune lion de la psychia-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

trie locale, qui venait de clore sa psychanalyse didactique et m'attendait dans un café pour arroser sa bonne fortune (en perspective !). Observant mon arrivée par la fenêtre, le voilà qui me lance au moment où je m'assieds : « à ta façon de traverser la rue, j'ai eu le fantasme que tu recherchais la pénétration anale... ! »

Chronique leur bêtise, je vous dis, chroniques les freudiens, chroniques l'appareil psychiatrique et ces bonnes institutions que remplissent les patients...

### CIGARETTE

Il est possible de fumer à l'hôpital psychiatrique dans les pavillons ouverts et dans les pavillons fermés. Dans les cellules *d'isolement* aussi, mais il faut, pour cela, que les soignants, qui vous ont enlevé vos objets personnels, veuillent bien ouvrir la porte et surveiller l'opération ! Si vous fumez à l'intérieur de la cellule, assez près du détecteur d'incendie, l'alarme-feu se déclenchera, la sonnette retentira et les pompiers arriveront bientôt, dans leur grand camion ou dans leur petite voiture rouge, selon qu'ils flairent un « vrai » ou un « faux » feu...

Les pompiers, ça distrait, mais gare à la punition (suppression définitive des cigarettes, augmentation des médicaments, prolongation de la durée de séjour en cellule) !

A l'asile psychiatrique on trouve de grands fumeurs. Certains « grillent » jusqu'à 80-100 cigarettes par jour. Que voulez-vous qu'ils fassent d'autre ? Leurs doigts sont brunis par la nicotine, leurs lèvres desséchées, mais apparemment leurs poumons résistent (aucune étude sérieuse ne semble avoir démontré la plus forte fréquence du cancer bronchique chez les malades mentaux hospitalisés que dans la population en générale...).

Les psychiatres fument aussi beaucoup. Pas pour les mêmes raisons que leurs malades. « Eux, c'est pour jouer avec le feu de façon apparemment inoffensive, se donner un sentiment d'importance personnelle et satisfaire un profond besoin de valorisation... ! »<sup>34</sup>

Le problème, si on fume beaucoup, c'est qu'il faut de l'argent pour acheter des cigarettes au kiosque : *Rappe-*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*Ions, que l'assistant social peut remettre de temps à autre un peu d'argent de poche.*

### CLE

La *clé* est vraiment l'instrument du « pouvoir » psychiatrique. Pour les psychiatres, aucun doute : les clés sont des moyens thérapeutiques, puisqu'elles permettent d'appliquer le traitement clé (!) de la psychiatrie moderne qu'est *l'isolement forcé*. Lénine affirmait sans ménagement que « le pouvoir est à la pointe du fusil ». Le psychiatre lui n'aime pas dire que son pouvoir est encore trop souvent à l'extrémité d'un morceau de métal d'un autre genre, clé, aiguille hypodermique, électrodes de l'appareil à électrochoc... Les clés sont solennellement remises au travailleur psychiatrique lorsqu'il débute à l'hôpital, parfois en échange d'une petite somme d'argent qui lui fera encore mieux mesurer l'importance de cet objet. Selon les hôpitaux, on lui remet une clé unique dite « passe » qui ouvre des serrures standards (portes et fenêtres) ou un vrai gros trousseau, dont la taille symbolise l'importance qu'a le travailleur dans la hiérarchie hospitalière. Disposer d'une clé, et à plus forte raison de plusieurs, c'est être résolument du côté des soignants. **Qui a une clé n'est pas fou.** C'est pour cela qu'il est très difficile d'en obtenir une !

Le jour où vous voulez vous détendre, si vous en avez encore le courage, demandez à un médecin ou à une infirmière de vous prêter sa clé. Parions qu'un grand et beau discours justificatif vous sera servi, mais que la clé restera dans sa poche !

Il est difficile de voler des clés à l'hôpital psychiatrique, parce qu'elles sont bien surveillées. Mais il y a quand même des exemples d'évasions qui réussissent, comme cette jeune femme, internée et électrochoquée contre son gré, qui a bénéficié de la complicité, ou de la négligence, d'un détenteur de clé.

**Il est bon de ne jamais oublier qu'à l'asile les serrures et les clés sont un témoignage vivant et quotidien de la peur des malades qu'éprouve le personnel. Si le fou parvient à rassurer ses soignants, cette peur dimi-**



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**nue et parfois les portes s'ouvrent alors sur une vraie communication, la seule clé qui libère !**

### CLUB

Ce mot anglais désigne un lieu de réunion et de détente où l'on peut venir lire, jouer, discuter ou faire des travaux de tous genres (tissage, confection de bijoux, photo, mime, marionnettes théâtre, etc.).

En psychiatrie, on distingue le club qui est à l'intérieur de l'hôpital de celui qui est à l'extérieur. L'un et l'autre relèvent de la *sociothérapie*. Ils sont animés par des sociothérapeutes et des animateurs professionnels et se voudraient un lieu de vie pour le malade mental où il puisse établir ou rétablir de bonnes relations sociales.

A l'intérieur de l'hôpital, le club est souvent situé sur le domaine, ou juste à sa limite. Il est ouvert les soirs et week-ends (se renseigner auprès du personnel). On peut y aller pour écouter de la musique, discuter, danser etc. Là s'établissent des relations plus simples et plus cordiales que dans les pavillons ou les services, sans doute parce que les gens qui s'y rendent sont plus préoccupés de communiquer avec l'autre que de traiter une maladie.

A l'extérieur, certaines villes disposent également d'un club. Il représente pour beaucoup de malades un « point de chute » rassurant. On y trouve une équipe d'animateurs stables. Habituellement ils n'ont rien à faire avec les institutions psychiatriques. Ce sont des gens libres et indépendants qui souvent n'ont pas le même point de vue sur la folie que les soignants des institutions. Financièrement, ils dépendent malheureusement des institutions psychiatriques qui tentent par ce biais d'exercer sur eux un subtil contrôle (en leur adjoignant par exemple un psychiatre-conseil !).

Néanmoins, *de toutes les institutions du secteur, le club est la plus libre et la plus indépendante de la psychiatrie, si bien qu'il y existe de vraies possibilités de relations sympathiques et détendues.*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### COIFFEUR

La psychiatrie hospitalière n'a jamais cessé de se demander ce qu'elle pouvait bien faire aux *corps* des malades pour toucher leurs *esprits*.

Il y a, dans l'asile, des endroits où le scalp des gens est pris très au sérieux : on y applique des électrodes pour enregistrer un courant cérébral (*électroencéphalogramme*) ou pour, dans le sens inverse, électrifier le cerveau (*électrochoc*). A d'autres endroits, ce scalp est considéré avec plus de légèreté : on en fait une belle coiffure ! Ainsi on pourrait théoriquement subir un *électroencéphalogramme* à 8 heures du matin, un *électrochoc* à 11 heures et se retrouver sous le casque du coiffeur pour une mise en plis à 16 heures. De casque en casque, ainsi va la ronde du *fou*.

Néanmoins, seuls les hôpitaux psychiatriques modernes emploient un coiffeur qui, sur rendez-vous habituellement, semble surtout intéressé par la chevelure des dames. Les messieurs ne se rendent pas souvent chez lui, à l'hôpital psychiatrique, car les psychiatres et l'équipe soignante encouragent la visite chez le figaro du coin. Ils ne vont pas jusqu'à dire que c'est un traitement, alors qu'ils n'hésitent pas à l'affirmer de l'*électrochoc*. Ils déclarent avec une touche de condescendance et d'ironie que, pour certaines patientes, les soins de la chevelure sont d'importance dans « les troubles du schéma corporel, dans les *failles narcissiques* et certaines *dépressions névrotiques chroniques* »...

Sont-ils drôles ! Pour eux comme pour tous, à l'asile comme à la ville chez le coiffeur, on se fait couper les cheveux !

### COLLOQUE

A l'hôpital psychiatrique lorsque *l'équipe soignante* est invisible et qu'elle s'enferme dans une pièce pour une durée plus ou moins longue, on dit « quelle est en *colloque* ».

Ce qui signifie qu'infirmières et infirmiers, médecins et assistants sociaux, ergothérapeutes et sociothérapeutes, aumônier et psychologue se rassemblent en un grand ou petit

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

cercle pour causer. De quoi parlent-ils tous, et pendant si longtemps ?

La plupart du temps, de vous. Des malades et de leurs maladies. Ce que vous faites, ce que vous dites est rapporté, analysé, étudié, soupesé par d'astucieux esprits qui se demandent avec intérêt si vous allez mieux ou moins bien. Il est évident que vous pourriez les renseigner, mais les colloques ne sont généralement pas ouverts aux malades !

Souvent le médecin chef ou le chef de clinique fait son petit coup de bluff et produit, à propos de tel ou tel patient, une théorie savante, une explication subtile, une interprétation fulgurante qui laissent, bien entendu, chacun bouche bée d'admiration !

En fait, le *colloque*, est fait pour écouter les chefs plutôt que pour se parler, et les chefs ne s'en privent pas !

De toute évidence, il faut essayer d'assister au *colloque*, lorsqu'on sait que « l'équipe » va parler de vous. D'abord parce que c'est votre droit de savoir ce qu'on en dit, ensuite parce que votre présence serait fort instructive pour « l'équipe ». Elle en apprendrait des choses sur votre comportement !

Au début, il est un peu intimidant de participer à ces colloques mais, par la suite on s'y fait très bien, et on en profite. La communauté thérapeutique est justement fondée sur la participation de tous aux colloques. Tous les soignés et tous les soignants du pavillon (ou du service) peuvent y venir, s'ils le désirent.

**Ailleurs, les colloques, comme les présentations, sont de grands shows et de grands bluffs qui feraient mourir de rire les psychiatrisés et les malades. Pourtant, ce sont eux qui les alimentent de leur « folie », et sans eux, il n'y en aurait pas.**

## COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE

La communauté thérapeutique est une méthode de traitement qui vise à transformer le milieu institutionnel asilaire en un instrument thérapeutique efficace. On parle pour cette raison de « *thérapie* par le milieu. »

L'organisation traditionnelle de l'hôpital psychiatrique est calquée sur le modèle de l'hôpital général : direction, ad-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

ministration, double hiérarchie infirmière et médicale, groupes professionnels bien séparés, services ouverts, services fermés, communications difficiles, toute une pesante routine qui le rendent peu adapté à la prise en charge des patients. Pire, il les rend amorphes, apathiques, sans espoir, vidés de toute initiative et de toute responsabilité.

La communauté thérapeutique a été introduite en Angleterre, à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, par des soignants qui ont su regarder l'asile lucidement et sans complaisance. Ils ont vu cette organisation interne aberrante, ces structures de pouvoir figées et la difficulté de faire circuler les informations du bas vers le haut alors que les ordres thérapeutiques suivent aisément le chemin inverse.

Pour faire d'une structure de soins traditionnelle de type pyramidal une *communauté thérapeutique*, l'*équipe* commence par se regarder et étudier son fonctionnement. Ce n'est possible qu'à si le pouvoir du médecin cesse, si la parole se libère et si les relations entre les soignants s'améliorent notablement.

Dans le cadre de nombreux groupes de discussions, l'*équipe* parvient peu à peu à aplanir ses difficultés internes et à guérir ses scissions principales.

Alors, la communauté de soignants peut s'ouvrir aux soignés et le pavillon (ou le service) s'organiser progressivement sur le mode de la communauté thérapeutique. Celle-ci fabrique une structure en réseau, souple, où chaque nœud de communication représente une source d'information et une parcelle de pouvoir partagé entre tous. Là, les patients peuvent être entendus et respectés puisque le poids du pouvoir médical et de la hiérarchie infirmière est enlevé de leurs épaules.

Dans le cadre de nombreux groupes — groupe d'accueil, groupe pavillonnaire quotidien, post-groupe de soignants, groupe de crise, soirée pavillonnaires, la communauté se transforme en un milieu permettant aux capacités thérapeutiques de chacun de s'exprimer : celles des patients entre eux, des patients pour les soignants, des soignants pour les patients et, naturellement des soignants entre eux, qui en ont aussi bien besoin.

**La communauté thérapeutique, comme en témoignent les patients, modifie l'asile et le rend plus humain.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**Elle est mieux adaptée à leurs souffrances et à leurs problèmes. Elle satisfait aussi l'équipe soignante.**

Les difficultés viennent de l'extérieur. Les autres pavillons de l'hôpital n'aiment pas celui qui s'est transformé, ils en sont jaloux. La direction redoute cette façon de travailler, car les structures du pouvoir ne sont plus très claires ; la différence entre les soignants s'estompe et, bien pire, le fossé entre malades et non-malades se rétrécit.

L'ordre et la discipline dans l'asile sont fondés sur la séparation radicale et fondamentale entre les *fous* d'un côté et les *normaux*, qui portent blouse blanche, de l'autre.

Il n'est pas tolérable pour la société asilaire, et pour la société **en** général, que certains s'attachent à réduire cet écart.

C'est pour ces raisons que la direction fera tout ce qui est en son pouvoir (qui est grand !) pour contrôler, puis détruire toute expérience de communauté thérapeutique au sein d'un hôpital traditionnel. Ou au contraire, elle aura le courage de décider de modifier l'hôpital entier en ce sens ; certains directeurs d'hôpitaux anglais l'ont fait.

Ainsi quoi qu'elle fasse, la *communauté thérapeutique* ne vise finalement qu'à renforcer l'asile psychiatrique, soit dans un sens encore plus traditionnel et répressif, soit dans le sens du « *bon asile* ».

Elle modifie ponctuellement l'ambiance de l'hôpital, mais elle n'ébranle en rien le système de la psychiatrie carcérale et répressive. Au contraire, par quelques secousses profondes, elle le stabilise sur ses fondations. A l'hôpital psychiatrique, elle a pourtant la force d'un espoir pour les soignants. Elle leur montre le champ du possible et les renforce dans leur conviction que **la lutte contre l'asile, quoique longue, est à mener coûte que coûte, jusqu'au bout. Peu importe d'ailleurs le prix, car les travailleurs psychiatriques, comme les *fous*, n'ont plus grand-chose à perdre.**

### CONGE

Comme la permission du militaire, le congé du malade mental est une période de courte durée qui lui est « accordée » en dehors de l'hôpital. A ce titre, il se rapproche des

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

régimes d'hospitalisation partielle, *hôpital de nuit*, *hôpital de jour*, et annonce une sortie prochaine. Naturellement, pour ceux qui se réjouissent de quitter l'asile, la suppression des congés est une forme de *punition*, que les psychiatres appellent traitement et qu'ils emploient fréquemment. Notamment à l'égard des patients internés par le juge ou par l'autorité administrative dont les psychiatres se sentent très responsables. Ils leur distillent les congés au compte-gouttes et, dès que « ça ne tourne pas rond » comme ils l'entendent (rentrée tardive, en état d'ébriété, négligence dans la prise des médicaments, etc.), ils suppriment les congés. L'analogie avec la vie militaire ou carcérale est surprenante.

En attendant, il ne faut pas hésiter à demander des congés, des week-ends, des vacances, etc. Il est alors possible de rentrer dans sa famille du vendredi soir au dimanche soir. Et le lundi matin, l'école... de savoir-vivre recommence.

On se demande comment les psychiatres peuvent continuer à se prendre tellement au sérieux en remplissant soigneusement, à la fin de la semaine, des cahiers de congé qu'ils signent aussi doctement que scientifiquement !

A quoi jouent-ils ? A l'instituteur, au boy-scout ? Non ! ils « accordent » des congés et font de la *thérapeutique* !

## CORPS

En 1977 une centaine de distingués psychiatres de Suisse romande se donnaient rendez-vous, par une belle journée printanière, dans un centre de rencontre campagnard, pour discuter d'un thème ô combien passionnant « Le *corps* en psychiatrie » !

Chacun était évidemment concerné de très près par l'objet du symposium, pour une fois tangible et concret. Un concept éminemment palpable allait faire taire les querelles partisans et prouver que les psychiatres pouvaient enfin se comprendre ! Ce fut pourtant une belle déroute. Les orateurs se succédaient à la tribune. Leurs corps figés, encravatés, engoncés, ramassés et noués débitaient un charabia du plus haut niveau. Dans l'auditoire, d'autres corps commençaient à s'agiter, à s'impatienter, à se pencher les

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

uns vers les autres pour bientôt s'apaiser, éructer quelques bâillements et finalement sombrer dans le plus profond sommeil ! L'esprit avait vaincu les corps !

A l'hôpital psychiatrique, la réalité est heureusement un peu différente. Là, les corps — ceux des malades — commencent à se réveiller.

Durant des années, les psychiatres avaient tout tenté sur eux. Après les avoir manipulés en vain avec force bains, douches, camisoles, ceintures, chaînes, menottes, cordes et autres moyens de torture<sup>33</sup>, ils ont maintenant élaboré des thérapeutiques corporelles plus sophistiquées, allant de la *relaxation* aux *massages*, des *packs* à la *psychomotricité* et à la *danse*. Ils découvrent aussi que le corps est un bon moyen d'entrer en relation, bien que l'idée que les malades puissent s'en servir pour avoir des relations sexuelles les préoccupent beaucoup. Si d'aventure (!) une horreur pareille devait arriver dans leur territoire, ils préféreraient ne pas le savoir. **A l'asile, les psychiatres veulent bien favoriser l'éveil des corps, à condition que certaines parties restent endormies... !**

### COUP

L'hôpital psychiatrique, bien qu'hôpital, reste un lieu où s'échangent une longue série de coups, du coup d'éclat au coup bas et au coup dur, en passant par le coup de main, le coup de langue et le coup de tête, le coup du sort et le coup du ciel, sans oublier le coup de théâtre, le coup de maître et le coup de grâce, le coup de Jarnac et le meilleur, évidemment, le coup d'Etat.

Pourquoi tant de coups dans des airs aussi purs, une campagne aussi belle, un calme aussi profond ?

La réponse tient en un seul mot : le pouvoir. **L'hôpital psychiatrique, avant d'être un lieu de soins, est un lieu de pouvoir.**

Les nombreux coups qu'échangent le personnel, les médecins, les directeurs et les administrateurs ne méritent certes pas qu'on s'y arrête, sinon pour expliquer et comprendre que dans ce pugilat certains coups, malheureusement, atteignent les malades.

Ceux-là méritent analyse.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

La première constatation est d'une évidence historique, pour ne pas dire onto-phylogénétique ! Qui dit coup **dit** peur ! Celui qui frappe craint l'autre. Mais comme, à **l'asile, la peur est partout**, surtout en situation de crise, il n'est pas toujours facile de savoir qui, inquiet, a frappé le premier.

Dans les pavillons fermés, hommes particulièrement, nommés dans certains hôpitaux « *admissions* », « ça tape ». Tout le monde le sait. Même les infirmiers le reconnaissent publiquement<sup>36</sup>. Le patient qui débarque là, subitement, de l'extérieur ou lors d'un *transfert* d'un autre pavillon, est presque toujours en état de crise. Sur le pas de la porte il voit un long corridor, des portes fermées, des clés, des cellules et des infirmiers malabars, les bras croisés sur leur puissant thorax, l'air goguenard... Immédiatement saisi par la peur il se met à taper. Mais, il s'arrêtera vite ! **Quelques « prises » et coups bien ajustés le ramèneront à la réalité du pouvoir en psychiatrie.**

Que peuvent d'autre ces infirmiers, placés dans d'inquiétants locaux qu'ils n'ont pas voulus, par une direction **qui** a si peur des *fous* qu'elle choisit justement les forts à bras pour travailler aux admissions ? Que peuvent-ils, lorsque le directeur de l'hôpital en personne quitte son lit, en pleine nuit, pour venir tabasser au su et au vu de tous, un jeune adolescent qui terrorisé, se défend comme il peut lorsque, le lendemain matin, la scène effarante du patron tirant, poussant, boxant un malade court dans tout l'asile ? Si le directeur qui a la science psychiatrique infuse, approuve et pratique de sa haute autorité la violence à l'intérieur de l'asile, les infirmiers, qui n'ont pas lu autant de bouquins que lui, se disent :

Il le fait, c'est donc scientifique. Pourquoi pas nous ?

Le directeur a eu peur du *fou*, il en a même encore très peur. **Ne frappe que celui qui a peur.**

Il n'est pas possible de travailler en psychiatrie si on n'est pas décidé à recevoir des coups et accepter aussi la peur de l'autre sans l'augmenter de toute la sienne en ripostant.

A l'asile il n'y a pas de justice : lorsque le personnel donne un coup, c'est une fatalité, voire un traitement. Si c'est le malade qui frappe ou fait mine de frapper, l'affaire est immédiatement sanctionnée d'une augmentation



## *DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

des doses de médicaments ou d'un transfert en pavillon fermé, d'un passage en cellule d'isolement ou d'un retard dans le programme de sortie ou de congés.

Il n'est pas fréquent que le personnel frappe avec bonne conscience, avec la conviction qu'il applique là un traitement, mais cela peut arriver. Comme ce psychanalyste de choc (!), consultant à l'asile psychiatrique, qui s'arrogea le droit, au nom de sa science (?) d'administrer une formidable correction à une patiente déprimée, devant l'équipe soignante sidéro-médusée, tout en dissertant sur le masochisme de la malade et la nécessité de lui faire vomir le « mauvais objet interne » !

**Savoir que les coups existent à l'asile, ne signifie pas qu'il faille les dissimuler ou les tolérer.**

Ce danger connu, il faut dire haut et clair que **la violence n'est pas tolérable à l'asile psychiatrique et la dénoncer chaque fois qu'elle survient, en faisant connaître immédiatement au directeur et à quelqu'un de confiance à l'extérieur tout sévice subi à l'intérieur de l'asile. Des lettres de réclamation (voir « Réclamation ») peuvent être écrites. Elles doivent l'être en cas d'application systématique de mauvais traitements par tel ou tel membre du personnel**, afin que les coupables soient découverts, comme cet individu qui administrait les pilules aux malades récalcitrants en exerçant une subtile torsion sur leurs parties génitales. Pour qu'il cesse, il a bien fallu que quelqu'un se mette à parler.

## **COURRIER**

A l'hôpital psychiatrique, le courrier devrait, en principe, vous parvenir comme à la maison. Sa distribution est habituellement assurée par les infirmiers chefs qui trient les lettres et les remettent quotidiennement dans chacun des pavillons, dans chaque service ou dans les casiers correspondants qui se trouvent dans le bâtiment administratif. Les lettres transmises à l'infirmier chef du pavillon (ou du service), aboutissent sur son bureau. Il arrive qu'elles soient palpées, soupesées, flairées, mirées et finalement montrées au médecin. Il donnera ou refusera finalement la permission de vous les remettre ! Certaines équipes discutent pen-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

dant de longues séances pour deviner le contenu d'une lettre qui vous est adressée et décider si et quand, elle va vous être remise ! Tout ce petit contrôle est exercé de bonne foi et en toute quiétude, « pour votre bien ». Certaines lettres jugées « explosives » sont retenues plusieurs jours.

**Le personnel n'a en réalité aucun droit de contrôle sur les contacts que vous avez avec l'extérieur. Exigez de recevoir votre courrier dès son arrivée.**

**Vous avez également le droit d'écrire à qui vous voulez.** Le personnel vous remettra papier et enveloppes, que vous pouvez également acheter au kiosque de l'hôpital. *Si vous écrivez des lettres importantes destinées à l'extérieur (recours, réclamation...), il vaut mieux les timbrer et les poster vous-même.* Demandez où se trouve la boîte aux lettres. Si vous ne pouvez pas quitter le pavillon, charger un soignant de confiance de la poster.

## COURS

Les grands hôpitaux psychiatriques, rattachés à l'Université, sont habituellement chargés de l'enseignement des étudiants et de la formation des stagiaires. Certains centres de santé mentale, de *psychiatrie ambulatoire*, le sont également. L'enseignement a lieu dans les cours de psychiatrie. Comme les patrons-professeurs n'ont généralement pas grand-chose à dire et qu'ils n'ont envie ni de se fatiguer ni de préparer leurs cours, il aiment bien « *présenter des cas* ».

Remarquons : ils ne présentent pas des *gens*, mais des *cas*. Mieux, ce qu'ils préfèrent c'est présenter des *maladies mentales*. Or, comme elles n'existent, belles et pures, que dans leur tête, il s'arrangent pour faire dire « au cas » qu'ils présentent ce qui correspond à la maladie qu'ils ont reconnue en lui. Ce sont des illusionnistes de première classe. Parfois, il peuvent être aussi de fieffés salauds. Il faut le savoir, lorsqu'on est « un beau cas » et qu'on accepte de participer à l'un de leurs cours.

Lors d'un *colloque*, le patron demande à ses chefs de clinique s'ils ont des « cas » pour le cours des étudiants. Les petits chefs sortent leur petit calepin et annoncent : Une très belle *mélancolie* ; une formidable *anorexie mentale*, à

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

moins que vous ne préféreriez un beau *délire paranoïaque* ou une petite *névrose obsessionnelle*... ! On se croirait chez l'épicier. Le patron fait son « choix » et le chef de clinique est chargé de convaincre la victime.

L'entretien se déroule en public, dans l'amphithéâtre, ou à la télévision en circuit fermé. **Les cours, comme les présentations de malades sont une gigantesque farce animée par les meilleurs des clowns**, les présentateurs eux-mêmes. Parfois les farces tournent à la tragédie. Une jeune adolescente, qui ne voulait pas participer au cours, se tut durant tout l'entretien. Le patron usa de tous les stratagèmes, approches, éloignements, nouvelles approches, séduction, charme, cigarettes, culture, conviction, contrainte, colère, re-séduction, menace... Rien ! la jeune fille resta muette comme une carpe. Et le patron eut son cours gâché.

Il y eut un « échange » entre le patron et son chef de clinique. La sentence tomba aussi rude que le couperet de l'échafaud : « Cette jeune femme souffre d'une mélancolie froide. Commencez donc demain une série *d'électrochocs*. »

## CRIME

L'asile psychiatrique héberge des *fous* qui ont commis des crimes. Les psychiatres les appellent des *schizophrènes monosymptomatiques*, des dégénérés déséquilibrés *pervers* amoraux et impulsifs, des *oligophrènes* niais, des *épileptiques* en fureur, des obsédés *psychasthéniques* ou des *déli-rants chroniques* persécutants-persécutés<sup>37</sup>. Ils donnent à chacun une étiquette,... puis ferment la porte à clé. Ces « cas-là » sont plutôt rares, mais tout asile en a habituellement une demi-douzaine. D'ailleurs, ils gênent les psychiatres qui ne savent trop qu'en faire. Ils constitueraient même, dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires, « des éléments éminemment perturbateurs pouvant même rendre impossible toute ambiance psychothérapeutique »<sup>38</sup>. On croit rêver !... Voilà que des *fous* dérangent l'asile, ce bon asile dont l'ambiance serait psychothérapeutique...

Le problème est en réalité un peu différent : Ces « *fous-là* » font peur, même au psychiatre. Alors que les autres,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

une fois enfermés, bouclés, médicamentés, se calment inmanquablement, les *fous-criminels* résistent. Certains, en résistant aux clés et aux médicaments, posent un problème quotidien au directeur. Un problème durable aussi, puisqu'ils sont là pour longtemps et que personne ne sait très bien quand ni comment ils pourront être relâchés.

Les psychiatres ont donc proposé la création d'hôpitaux psychiatriques pour malades difficiles, dangereux et criminels<sup>39</sup> ou, solution plus moderne, des prisons avec quartier psychiatrique<sup>40</sup>.

Voyons d'un peu plus près quels sont les rapports du crime et de la folie. Les psychiatres, toujours modestes (!), affirment que « la connaissance précise de ces rapports est l'œuvre d'un siècle à peine »<sup>41</sup>.

**En fait de rapport du crime et de la folie, les psychiatres, ne connaissent rien du tout. La preuve, ils n'ont jamais pu faire acte de prévention dans ce domaine.**

Exemple : un jeune garçon de 17 ans est arrêté après avoir menacé, dévalisé et « tabassé » toute une série de victimes. De préférence des femmes, le soir, dans des ruelles isolées. Le procureur décide de juger avec sévérité cet émule d' « Orange mécanique ». Cours d'assises et psychiatres sont convoqués.

Il apparaît que le délinquant est l'un des rares qui à l'âge de 7 ans (!), a bénéficié d'une psychothérapie analytique rondement menée durant deux ans et demi par les plus grands spécialistes de l'époque : « Tu aimerais, n'est-ce pas, mon petit, être à la place de papa dans le lit de maman ? » « Tu penses que papa te punirait si tu te servais de ton « petit sifflet » pour faire à maman ce que tu crois que papa lui fait avec le sien? »... — « Tu as envie de faire avec moi ce que tu penses que papa fait avec maman ?... »

Après avoir pris connaissance de cette brillante psychanalyse infantile, l'expert s'est enquis de l'impact qu'elle avait laissé sur ce « cher petit » : « Pffft... a-t-il répondu, de la connerie tout ça... Elle m'a fait chier la vieille avec ces obsessions sexuelles... Si seulement j'avais pu lui parler des problèmes que j'avais avec les parents... »

La psychanalyste a pourtant conclu devant le maître de la chapelle analytique : « L'enfant devra se donner le droit de ne pas se conformer à l'idéal du moi familial et se distinguer des positions *névrotiques* de ses parents. S'il

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

échoue, il évoluera vers une *névrose* de caractère anal »...

La vie a conclu d'une autre façon : l'enfant ne s'est conformé à aucun idéal du tout. Il a écopé trois ans de prison. Il veut casser la gueule de toute la société.

Les psychiatres diront qu'il était très malade. Mais on pourrait observer que les psychiatres font et disent n'importe quoi et sont bien incapables d'aider un môme à ne pas devenir un criminel. Donc, en matière de criminalité, les psychiatres ont un rôle très humble. Une fois le crime commis, ils sont mandatés comme experts devant les tribunaux. S'ils acceptent cette mission, ils ont avec le criminel une relation ambiguë et le voient le temps qu'il faut pour rédiger un beau rapport. Maintenant qu'une douce brise psychanalytique a rafraîchi de poussiéreux prétoires, les conclusions des experts sont truffées de belles considérations sur l'*immaturité affective* et la *prégénitalité* du prévenu, sur ses tendances *compulsives* au passage à l'acte et son *intolérance* à toute *frustration*...

**Les magistrats, séduits par de brillantes analyses auxquelles ils se comprennent rien, tranchent alors de la responsabilité ou de l'irresponsabilité du criminel.**

Les criminels responsables sont *punis*. Ils purgent leur peine en prison. Dans certains pays, ils sont décapités.

Les criminels irresponsables sont *soignés*. Ils subissent un traitement à l'asile. Dans certains pays, leur cerveau est « coupillé », dans d'autres électrofié, mais la tête reste sur les épaules.

Où est la différence ? Elle est pourtant claire. En prison, il y a un règlement et légalement de quoi le faire respecter. Les peines ont une durée bien déterminée. Souvent elles sont raccourcies par des mesures de libération conditionnelle. A l'asile, il n'y a ni règlement ni force de loi. La durée des séjours n'est pas déterminée à l'avance. A la sortie, personne n'a jamais l'impression d'avoir « payé sa dette envers la société ».

Autre exemple : un jeune homme tue son frère. Personne ne comprend ce geste. La police et les magistrats sont perplexes.

Arrive le psychiatre. Il dit péremptoirement que ce monsieur est *schizophrène*. Il ne peut donner aucune autre explication, mais il détient un mot, et un beau... Le tribunal

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

impressionné par tant de science, décide du non-lieu et de l'internement à l'asile.

A l'hôpital, personne ne comprend plus rien, ni la direction, ni le psychiatre responsable, ni les infirmiers, ni la famille. Le jeune homme encore moins. Ne pas comprendre, c'est avoir peur. Le directeur, un homme de culture, entre en tremblant dans la cellule de son « malade-criminel » et songe avec Joseph de Maistre : « Je ne sais pas ce que pense un criminel, mais je sais ce que pense un honnête homme, c'est horrible ! » Quelques minutes plus tard, il ordonne que commencent les *électrochocs* (après trois jours d'observation !). On en fait douze. La confusion de la victime augmente en proportion de la perplexité des psychiatres. Alors on arrête tout. Il est décidé d'enchaîner avec une psychothérapie ! Peu à peu, le jeune homme revient à la vie. Mais il a tout oublié, et du crime, et de son frère. Les *électrochocs* ont nettoyé sa mémoire. Entre un grand psychanalyste. Il dit : « C'est un très grand malade, dont le fonctionnement *narcissique* pur, la dénégaration du deuil de son frère et sa façon de dire « j'ai envie de rentrer chez moi » témoignent d'un pur fonctionnement psychotique. »

**Un jeune homme tire sur son frère. Il ne sait pas très bien pourquoi. Un psychiatre décharge, douze fois de suite, 120 volts-500 milliampères pendant une demi-seconde, dans la boîte crânienne de sa victime. Il ne sait pas très bien pourquoi. Cela c'est un crime ; ceci, un traitement.**

Allons, Messieurs les Psychiatres, un peu de modestie. Nous sommes tous, comme le rappelle Laing « des salauds, des meurtriers et des putains, quelles que soient la culture, la société, la classe ou la nation dont nous sommes issus et que nous nous prenions pour des gens normaux, moraux ou adultes... »

### CRISE (SITUATION DE)

Les psychiatres aiment à comprendre la notion de crise dans son sens étymologique. Pour les Grecs, *crisis* signifiait jugement ou décision. Que la crise se déroule à l'hôpital psychiatrique ou en dehors, dans les familles, sur les lieux de travail, dans un bistrot ou autre lieu public, le psychiatre arrive, jette un coup d'oeil de spécialiste, juge de la

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

situation et... prend une décision. Cette fois, étymologiquement, c'est le psychiatre « qui pique une crise » !

La scène qui se déroule devant lui est lourde de peur, *d'agitation, d'excitation* et de *violence*, manifeste ou latente. Souvent, lorsqu'il arrive enfin, le pire est déjà arrivé et l'entourage ne lui demande que d'entériner une décision et de se rallier à une solution toute trouvée. Il n'y en a pas trente-six. L'entourage, la famille ou le conjoint, en situation de crise, réagissent habituellement de la même façon, en excluant le fauteur de troubles.

Le psychiatre qui se fait le valet et l'exécutant de cet entourage — par extension de la société — n'est qu'un lâche et un poltron. Rendu timoré par la violence, paralysé par l'agitation, il alourdit la sentence du groupe, d'un certificat d'internement et d'un discret coup de téléphone aux ambulanciers. Ensuite, il se lamente sur le mauvais rôle qu'on lui fait jouer, sur l'ingratitude de la société, etc.

Si, alerté par une situation de crise, il n'arrive pas sur place aussi vite que possible, décidé à confronter toutes les personnes concernées, toutes les parties en cause, en adoptant une attitude de neutralité rigoureuse et en permettant une communication libre, il vaut mieux qu'il reste chez lui **et suggère à la famille éplorée d'appeler quelqu'un d'autre, la police par exemple.**

Car le psychiatre n'est l'agent de personne, ni du malade, ni de la famille, ni de la société.

En situation de crise, tout est possible, pour peu qu'on ne sanctionne pas et que jamais une décision (*crisis*) ne soit prise avant une compréhension complète de la situation. **La crise est un moment fécond de l'équilibre ou du déséquilibre entre la personne et sa vie intérieure et entre la personne et la réalité extérieure.** « Casser une crise » par la décision d'une hospitalisation d'urgence (99 % des cas), c'est se priver d'une intervention des plus profitables **et figer tous les participants dans une position souvent irrécupérable.** Car **la crise est ce moment essentiel où les masques tombent, où les défenses de l'individu s'effritent pour le laisser nu et vulnérable.** Les contradictions apparaissent enfin de façon contrastée et éclairante pour chacun. A partir de là, on peut avancer vers davantage de maturation et de compréhension avec tous les participants, ou, au contraire reculer en fixant les uns et les

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

autres dans leur rôle de *malade-mental-à-exclure* et de *gens-à-protéger*.

Ne nous berçons pas d'illusions : à l'asile, dix fois sur dix, la crise est sanctionnée par un *transfert* en pavillon fermé ou la mise en cellule *d'isolement*, exactement comme à l'extérieur, la crise conduit presque toujours à l'internement.

Que les psychiatres ne viennent pas pleurnicher qu'ils sont mal compris. On les aura vus à l'œuvre. Comme n'importe quel travailleur, ils méritent d'être « jugés sur pièce », et notamment sur leur attitude dans une situation de crise. En ville, en public, en famille, le psychiatre oublie qu'il est un serviteur du dialogue et préfère jouer, très mal d'ailleurs, au défenseur de l'ordre et de la moralité.

Pourtant, le mot *crisis* a un autre sens en grec, celui de dénouement.

**Comment les psychiatres peuvent-ils prétendre dénouer des crises, alors qu'ils tranchent la plupart du temps par une décision abrupte toujours excessive d'internement à l'asile ou de transfert en milieu fermé ?**

## CURATELLE

La curatelle est une mesure juridique qui, en psychiatrie, n'a ni la portée ni les conséquences d'une tutelle.

Les personnes majeures qui, du fait d'une « maladie mentale », s'estiment incapables d'administrer leurs biens et de défendre leurs intérêts, peuvent solliciter une mesure de curatelle. Celle-ci peut aussi être requise par la famille ou les proches. A la différence de la tutelle, la **curatelle s'adresse à la personne qui n'a pas perdu la faculté d'agir personnellement, mais a besoin d'être contrôlée et conseillée dans ses actes**. Elle conserve tous ses droits. Elle peut voter et se marier librement<sup>42</sup>. Elle reçoit l'aide de son *curateur* pour la gestion de ses biens et la défense de ses intérêts.

Selon les pays, la mise sous curatelle requiert une *expertise* psychiatrique, un *certificat* médical ou simplement l'*avis* d'un psychiatre. La curatelle est une mesure plus personnalisée que la tutelle, le juge estimant de cas en cas le pouvoir à donner au curateur. Le cas échéant, il est plus



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

aisé de faire lever une mesure de curatelle qu'une mesure de tutelle, puisqu'elle ne requiert pas forcément de contre-expertise psychiatrique.

### CURE DE DESINTOXICATION

Ce que les psychiatres nomment cure de désintoxication est un « traitement » qu'ils réservent aux *alcooliques* et aux *toxicomanes*. En réalité, ce grand mot définit une série de mesures. La première est l'hospitalisation de la personne dans un pavillon fermé, parfois dans une cellule *d'isolement*. La seconde est une fouille complète (avec *inventaire*) de la personne et de ses affaires personnelles, afin qu'elle ne puisse faire entrer aucun toxique à l'hôpital. La consommation d'alcool, de médicaments et de stupéfiants devient donc impossible. La cure est effective.

Les psychiatres prescrivent alors quelques drogues — les *médicaments* — pour remplacer celles qui sont interdites — les toxiques. Elles sont à long terme moins dangereuses que celles des *alcooliques* et des *toxicomanes*, car elles n'engendrent en principe pas de dépendance (sauf certains *somnifères* comme les *barbituriques* et d'autres dérivés des *tranquillisants*).

Dans l'immédiat, les médicaments (habituellement des *neuroleptiques* comme la *lévomépromazine* ou la *clotiapine*) ont un effet puissant : ils abrutissent et donnent envie de dormir. Ils suppriment assez bien les effets du manque d'*héroïne* ou contrôlent le développement d'un *delirium tremens*, ce délire aigu dont peuvent souffrir les *alcooliques* cessant brusquement de boire.

Le traitement de l'alcoolisme et de toute autre toxicomanie n'est pas la cure de désintoxication. Celle-ci n'est rien d'autre qu'un enfermement et le remplacement d'une drogue par une autre.

**Traiter le drogué ou l'alcoolique, c'est « traiter » la raison pour laquelle il consomme des drogues.** Mais là, les psychiatres n'y comprennent pas grand-chose et n'ont rien de bien efficace à proposer.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### CURE DE DETENTE

C'est une cure de lit et de repos, en usage à l'hôpital psychiatrique.

La patient *déprimé* ou *angoissé* s'alite, parce qu'il est malade. L'est-il du corps ou de la tête, de l'âme ou du psychisme ? En tout cas, il doit enfiler pyjama ou chemise de nuit et se mettre à l'horizontale. Dès lors, le personnel soignant et les médecins, qui sont à la verticale, vont déclencher le processus de guérison par une cure de détente !

Elle consiste à administrer des *antidépresseurs* ou des *tranquillisants* en goutte à goutte dans une veine du pli du coude pour détendre et apaiser le patient. Le sommeil peut venir, mais il n'est pas indispensable. Dans cette position, les patients ont tendance à se laisser aller. Ils font ce que les psychiatres leurs disent de faire, ils régressent, c'est-à-dire, se mettent à réagir et à se comporter comme les bébés qu'ils ont été. Et ce d'autant mieux que les infirmières et les médecins font du maternage, c'est-à-dire qu'ils acceptent de se comporter avec eux en « maman ». Certains aiment cela et trouvent, lors de cette régression, un contact très particulier et très chaleureux avec le personnel soignant.

**La cure de détente est ainsi fondée sur un triple mensonge : une maladie du cerveau, un malade à l'état de nourrisson et des soignants-mamans**, mais elle est parfois efficace et toujours inoffensive.

Moins inoffensif est l'alitement prolongé qui peut entraîner constipation, thrombophlébites, escarres, rétentions d'urine et autres menus ennuis. Autrement dit, à la fin d'une cure de détente, on peut être vraiment malade au point de devoir se recoucher !

### CURE DE DISULFIRAM

Le *disulfiram* n'a rien d'un médicament, bien au contraire. S'il fallait le classer quelque part, on le mettrait plutôt dans l'armoire aux toxiques. Il n'a jamais guéri l'alcoolisme, quoi qu'en pensent des psychiatres un peu naïfs.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Sans doute le terme « *Cure de disulfiram* » rappelant celui de « cure de sommeil », y est-elle pour quelque chose. Le *disulfiram* n'a qu'un effet : il rend les gens qui le consomment excessivement sensibles à l'alcool, car il en entrave les mécanismes d'élimination et de destruction par l'organisme. Qui boit un verre « *sous disulfiram* » s'en souviendra. Il devient tout rouge, ressent des palpitations cardiaques, des nausées, des maux de tête violents, des vertiges, des sueurs froides. Il peut être pris de vomissements, de diarrhées et de difficultés respiratoires. Parfois, bien que rarement, il peut perdre connaissance. La réaction survient quelques minutes après l'absorption de n'importe quelle boisson alcoolisée, comme des mets, des desserts, des chocolats alcoolisés, du vinaigre de la salade, de certains médicaments comme des sirops, *chloral*, ou certains *antirhumatismaux*. Enfin, il faut se méfier des traitements dentaires, ainsi que de la bière prétendument sans alcool, mais qui en contient toujours un peu.

La technique de la cure est assez bien codifiée. Les sujets qui présentent une maladie de cœur, du foie ou des reins, un diabète ou une épilepsie, un ulcère d'estomac et les femmes enceintes sont écartés d'un tel traitement. Pour les autres, un examen général préalable est nécessaire, avec *électrocardiogramme* et *électroencéphalogramme*. Cela se fait d'habitude à l'hôpital psychiatrique, d'autant plus que l'arrêt total de la consommation d'alcool est obligatoire.

Le *disulfiram* est administré sous forme de pilules, à raison de 1 ou 2 comprimés par jour pendant 4 ou 5 jours. Il faut savoir que ces pilules peuvent entraîner, même sans alcool déjà, un état de fatigue et de somnolence dont l'intensité varie.

Après ces 4 ou 5 jours d'absorption régulière, les médecins font ce qu'ils appellent un « *test disulfiram* » : on fait boire un verre d'alcool à une personne « *sous disulfiram* » et on en observe avec elle les effets. C'est un test un peu sadique qui cherche à impressionner le (la) patient (e), en lui faisant subir sa première intolérance à l'alcool, avec force démonstrations, afin qu'il (elle) ne l'oublie pas : bonbonne d'oxygène, divan, appareil à mesurer la pression, seringues prêtes à l'emploi, etc. Que cherchent par là les médecins ?

Ils veulent supprimer l'envie de boire de leurs patients

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

et les aider à tenir leurs bonnes résolutions. Puisque l'alcoolique souffre d'alcoolisme et que cette maladie est définie par deux conditions à la fois nécessaires et suffisantes, consommation d'alcool (en quantité variable), d'une part, et consommation psychiatrique d'autre part, ils pensent que, si l'on supprime l'absorption d'alcool, la maladie « *alcoolisme* » disparaît. En quoi ils n'ont pas tort. Mais pourquoi ne songent-ils pas qu'en supprimant la seconde condition, la consommation de psychiatre, la maladie guérit aussi ?... **Tant il est vrai qu'un buveur d'alcool qui ne consomme pas de psychiatre n'est pas un alcoolique, mais un ivrogne, un bon à rien, un triste individu, tout ce que vous voulez...**

D'autres substances chimiques produisent également une intolérance artificielle à l'alcool, notamment *le citrate de calcium carbimide*, et un médicament utilisé dans certaines infections vénériennes, comme le *métronidazole*.

Le *disulfiram* peut aider une personne qui a coutume de boire plus d'alcool qu'elle ne peut en supporter à perdre cette mauvaise habitude. Il doit alors être pris tous les jours régulièrement sur une très longue durée, comme les diabétiques prennent de *l'insuline* pendant de longues années et les cardiaques de la *digitale* sans interruption.

Certains psychiatres recommandent aussi l'*implant d'antabus* : par une petite incision effectuée, sous anesthésie locale, dans la peau du ventre, on implante une dizaine de comprimés de *disulfiram*. Là, ils se dissolvent progressivement et ont le même effet que si ils avaient été avalés. L'action dure environ trois mois ; mais, localement, les pilules posent souvent des problèmes d'irritation ou d'infection de la peau. Pour beaucoup d'alcooliques et certains psychiatres, le fait qu'on emploie un bistouri signifie indubitablement que la maladie est attaquée avec plus de force et d'efficacité !

Bistouri ou non, le *disulfiram* n'est pas sans danger. Il ne peut être administré qu'avec le strict accord de la personne concernée, après qu'elle a obtenu toutes les informations nécessaires sur ses effets.

Ce n'est sûrement pas une substance à glisser négligemment dans la tasse de thé du malade ou dans sa nourriture, sans prévenir. Mais que vais-je imaginer-là !...

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### CURE D'INSULINE

L'insulinothérapie a eu sa toute grande vogue entre 1930 et 1960. A l'époque, elle était le traitement de choix des *schizophrénies*. Le développement de la *chimiothérapie* et des *neuroleptiques*, l'a fait, progressivement abandonner. Sakel, le médecin viennois qui l'a inventée, s'intéressait, comme le rappelle de Fréminville<sup>43</sup>, aux effets thérapeutiques des convulsions sur les troubles mentaux. Il employait, à cet effet, le *camphre* et *l'insuline*, cette hormone sécrétée par le pancréas qui règle le taux du sucre dans l'organisme et dont la production est altérée chez le diabétique. *L'insuline* injectée fait baisser le taux du sucre dans le sang et, lorsque le sucre baisse, les cellules cérébrales, dont il est la seule nourriture, se mettent à souffrir. Cliniquement, le patient commence par transpirer abondamment. Il a faim, il est pris de vertiges, son cœur bat plus vite. Il s'endort et finalement tombe dans le coma. Parfois, il est pris de convulsions.

Sakel croyait, au début, que les convulsions qu'il induisait chez ses patients étaient thérapeutiques, puis il pensa que c'était le coma et développa une technique consistant à infliger une cinquantaine (au moins) de comas aux *schizophrènes*, à raison d'un par jour et de cinq par semaine. Pour certains malades, afin que le coma soit plus fort et truffé de convulsions, on ajoutait 1 ou 2 *électrochocs* !

Cette technique s'apparente à la *cure de sommeil* et à *l'électrochoc*, ces trois méthodes cherchant à amener le patient le plus près possible de la mort, du moins de la mort psychique, mais sans le tuer. Elles se fondent sur l'hypothèse extrêmement naïve de la dissolution-reconstruction du psychisme.

Les psychiatres considèrent le psychisme de leurs patients *schizophrènes* comme un assemblage de cubes disparates et déséquilibrés. Ils donnent un grand coup dedans, à l'aide de l'un ou l'autre choc (électrique, insulinique ou par le sommeil). Tout s'écroule, et se reconstruit alors un meilleur psychisme, une plus belle construction de plots, mieux équilibrée ! Sakel pensait que *l'électrochoc* ne valait rien et ne croyait qu'en sa méthode : « Les faits médicaux et his-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

toriques sont qu'il n'y a qu'un traitement de choc, introduit par moi en 1933. »<sup>44</sup>

Il avait pour son traitement une explication « métaphysique » : les troubles de la schizophrénie résultent de « frayages anormaux », de courts-circuits intercellulaires. Et il affirmait que son choc les faisait disparaître parce qu'ils étaient récents, donc plus fragiles, que les frayages normaux...<sup>45</sup>

Les cures d'*insuline* sont maintenant à peu près partout abandonnées. Heureusement car, de tous les traitements psychiatriques, celui-ci était grevé du plus grand nombre d'accidents, et des tâches les plus lourdes pour le personnel soignant : il y eut des décès par comas prolongés « irrécupérables », des cas de souffrance cérébrale aiguë, etc.

A mener leurs patients si près de la mort, sans trop comprendre où ils allaient, les psychiatres prenaient évidemment de gros risques et les faisaient parfois passer de vie à trépas sans même s'en rendre compte.

### CURE DE SOMMEIL

« La cure de sommeil est une méthode de traitement fondée sur l'action *sédative*, *anxiolytique* et réparatrice du sommeil artificiel prolongé. »<sup>46</sup>

La cure de sommeil fait du bien, c'est vrai, mais surtout au psychiatre et au personnel soignant. Depuis toujours, les parents qui en ont assez de la turbulence de leurs enfants les envoient au lit. Les psychiatres qui en ont assez de l'excitation et de l'agitation qu'ils entretiennent chez leurs patients (en les enfermant dans des cellules d'isolement et en répondant à leur violence par une autre violence) les font dormir, pour qu'ils puissent, eux, prendre un peu de repos. D'abord les faire dormir, ensuite élaborer une théorie complètement farfelue sur les effets biologiques de la cure de sommeil, qu'ils n'appellent plus que par son sigle CS, pour faire plus mystérieux sans doute ! Ils disent que la CS « met le *cortex* au repos », que les drogues employées « déploient un effet protecteur et réparateur sur le *cortex* », que « la dissolution de la conscience sera suivie d'une reconstruction », etc.<sup>47</sup>

Ce point de vue mécaniciste du psychisme, ces opinions de garagiste du cerveau, ne reposent sur aucune réalité

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

scientifique, sinon sur le caractère réparateur du sommeil, conviction que chacun partage avec sa concierge ! Comme personne ne sait très bien ce qu'est le sommeil, les psychiatres n'ont aucun scrupule à utiliser quelque chose qu'ils connaissent mal pour traiter quelque chose qu'ils connaissent encore moins bien, avec en tête le vieux mythe de la folie furieuse, qui n'a ni queue ni tête, et qu'il faut éliminer séance tenante par tous les moyens... D'après certains psychiatres, plus le moyen employé rapproche le malade de la mort psychique, sans le tuer (*électrochoc, cure de sommeil*), plus les chances qu'il se réveille guéri sont grandes. La *cure de sommeil* est une petite mort psychique dont le patient ressusciterait changé, meilleur et purifié.

**La réalité est malheureusement bien différente. Les malades s'endorment avec leurs problèmes, et se réveillent dix jours plus tard avec les mêmes problèmes.** Ce black-out plus ou moins complet augmente leur angoisse : que m'est-il arrivé, que m'ont-ils fait, qui a disposé de moi ?

Lorsque la scène de la *folie* est vraiment trop pénible, « rideau » disent les psychiatres. Dix jours plus tard, lever de rideau sur un autre décor. Illusion !

J'ai connu une jeune fille qui protestait avec une extrême violence et une belle agitation contre sa vie, sa famille, ses parents, son internement, son isolement en cellule, et contre le psychiatre au cerveau musclé qui s'occupait d'elle. On lui avait collé la belle étiquette de « réaction *schizophrénique* aiguë ». Plus on s'acharnait sur elle, plus elle résistait par la violence et l'agitation. Un jour, le psychiatre dit : « Ça ne peut plus durer ! On va faire dormir cette jeune fille. » Doses massives de *somnifères* et de *neuroleptiques*. Finalement, après une longue résistance, elle s'endormit... pour repartir dans une agitation encore plus extrême à chaque réveil. On lui répondit par une augmentation des doses. Finalement, le psychiatre fut le plus fort : sa patiente devint subcomateuse. Lorsqu'elle se réveilla pour de bon, complètement hébétée, elle avait tout oublié. Elle était sage comme une image, docile comme un agneau. Ce fut un succès pour la psychiatrie. Après deux séjours de ce type, elle finit par se suicider. Les psychiatres dirent qu'elle était atteinte d'une forme particulièrement grave de *schizophrénie*. *Les cures de sommeil sont heureusement de moins en*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*moins utilisées.* Elles traduisaient le vain espoir de guérir une maladie cérébrale qui n'existe pas à l'aide d'une fonction cérébrale peu connue, stimulée artificiellement par une intoxication médicamenteuse. Pour arrêter la *folie*, à défaut de la comprendre, les psychiatres ont tout imaginé. Mais les techniques de dissolution de la conscience, les techniques de « petite mort de l'âme » qui évitent celle du corps, les techniques coup de marteau ou coup de pied dans le poste de TV (et-on-regarde-ce-qui-se-passe !), les ont toujours fascinés.

Les CS étaient pratiquées par l'administration conjointe de *neuroleptiques*, de *somnifères {barbituriques}* et de *tranquillisants*. Ou bien le malade dormait une semaine durant (technique de Klaesi) avec une alimentation par sonde et des soins physiques très minutieux, ou bien le sommeil était interrompu pour l'alimentation et les soins habituels (technique soviétique). Les accidents n'étaient pas rares. On réservait les CS aux *schizophrénies* aiguës, aux *états mélancoliques*, aux *réactions d'angoisse* aiguës et au *sevrage des toxicomanes*.

Les patients, mal informés par leurs médecins, ou remplis d'illusions, sollicitent parfois une cure de sommeil, dont par ignorance ils attendent un bénéfice magique. Si des médecins complaisants se décident à les faire dormir, ils risquent, au réveil, d'être déçus.

Comme dans la cure de détente, il peut arriver que le patient soumis au sommeil prolongé change de comportement et se transforme en un grand nourrisson materné par l'équipe soignante. Cette régression est inoffensive, parfois bénéfique.

## CYCLIQUE

Les psychiatres qualifient certaines maladies mentales et, par extension, leurs malades, de ce terme. Un cyclique est une personne qui souffre d'un caractère, d'un état, d'un type d'une constitution, d'une maladie, d'une *psychose* ou d'une *folie* cyclique, cycloïde, périodique, circulaire, *cyclo-tymique*, *maniaco-dépressive*, intermittente, à double forme, alterne, mixte, et j'en passe !

Tous ces qualificatifs suggèrent, plus ou moins



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

la même chose : cette « folie-là » évolue par phases, une période de *folie*, une période normale (intervalle libre ou lucide), une période de *folie*, etc. les périodes de *folie* sont tantôt d'excitation et d'agitation (périodes maniaques), tantôt de *dépression* et d'abattement (périodes dépressives ou mélancoliques) ou alternent de la manie à la mélancolie ; enfin, c'est une *folie* héréditaire qui peut apparaître soit déjà dans l'adolescence, soit tardivement.

La *psychose maniaco-dépressive* serait la maladie dont le déterminisme héréditaire et génétique serait le plus évident. Si son origine exacte n'est pas connue, elle paraît néanmoins relever de facteurs humoraux et hormonaux, qui en font la maladie organique (ou endogène) par excellence de la psychiatrie.

Les psychiatres ont par ailleurs observé depuis longtemps le risque élevé de suicides lors des phases dépressives — ou mélancoliques — de cette affection.

A maladie organique, traitement d'organes et notamment du cerveau.

L'arsenal thérapeutique possède pour cela des armes efficaces : les *électrochocs* et les médicaments *antidépresseurs* et *antimaniaques*, tel l'*halopéridol*. Récemment les *sels de lithium*.

Les psychiatres ne sont pas du tout d'accord entre eux sur la fréquence de la maladie cyclique, donc sur l'opportunité d'utiliser largement ou non leurs traitements de choc. Pour les Américains, la *psychose maniaco-dépressive*, relativement rare, est en nette diminution, alors qu'un psychiatre français affirme péremptoirement que c'est « la maladie la plus fréquente de la psychiatrie »<sup>48</sup>.

De toute façon, la *psychose maniaco-dépressive* et la *schizophrénie* constituent les deux plus graves et plus sérieuses maladies de la psychiatrie moderne. Qui est gravement atteint, donc est psychotique, a le choix entre l'une ou l'autre : s'il n'est pas cyclique aux USA, il sera *schizophrène* ; en traversant l'Atlantique, il perd sa *schizophrénie*, mais attrape la maladie *maniaco-dépressive* !

**Beaucoup de grands génies ont été des cycliques et ont fait leurs plus brillants travaux en phase maniaque, Einstein et Haendel par exemple.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### DANGER

Les psychiatres s'arrogent le droit d'interner une quantité de gens qu'ils disent *fous* et qualifient, du haut de leur science, de « dangereux ». La notion de « danger imminent pour autrui » doit obligatoirement figurer, dans tous les cas d'urgence, sur certificat médical.

La paisible ville de Genève par exemple qui se mire avec nonchalance dans le bleu Léman, héberge 300 000 habitants pour la plupart direz-vous sains et normaux. Détrompez-vous ! En une seule année, les spécialistes de la *folie*, qui assurément nous sauvent la vie, ont repéré 1015 personnes « hautement dangereuses » pour leur entourage, complètement folles, féroces et enragées et menaçant la société. Grâce à une signature, ils les ont toutes fait interner d'urgence entre les murs de l'asile. Dans cette petite cité de province, chaque jour que Dieu fait, près de trois personnes sont déclarées, « éminemment dangereuses » pour les autres citoyens. Bien plus que les prisons pourraient en recevoir ! L'allure propre et hygiénique de nos parcs, de nos avenues et de nos « bas quartiers » que nous envient les étrangers est assurée à ce prix. Pour le PHM ( psychiatre helvète moyen), le danger est là où s'insinue le désordre, au sens très concret d'absence d'ordre et d'organisation.

Un clochard ou un chômeur, un paresseux ou un ivrogne, un toxico ou une prostituée, tous « font désordre » entre les massifs floraux, les gazons tondus ras et autres horloges fleuries... Alors, ouste, débarrassez le plancher ! A l'asile, et en vitesse, donc en urgence. De sa plume délicate le psychiatre inscrit plus de mille fois par an : « Internement d'urgence, danger pour autrui ! »

Il aime à se dire qu'il exerce un métier dangereux. È pericoloso sporgersi... ! Toute tête qui dépasse du convoi risque l'amputation. Tout individu qui sort du lot risque la déportation. Tout *fou* reconnu est en instance d'internement.

Les psychiatres n'aiment pas la violence,... celle des autres ! Ils guettent et flairent le danger partout et tentent ainsi de justifier, l'énorme inflation d'internements d'urgence dont ils sont responsables. Les psychiatres seraient-ils un

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

peu malhonnêtes ou trop soucieux de l'ordre ? Se prendraient-ils pour des éboueurs municipaux ? Non ! S'ils voient partout le danger, c'est qu'il existe ! Là, dans ce bistrot en effervescence, dans cette famille en crise, au commissariat sous le regard de la police ou le soir, au crépuscule, à l'ombre d'une centrale nucléaire que viennent d'abandonner des manifestants...

Danger pour autrui, danger pour lui-même, le *fou* dangereux, le *fou* furieux est en chacun de nous, prêt à se réveiller et à se manifester à la moindre occasion.

Il n'est que d'ouvrir le journal et de lire les petites annonces. Au volant d'une voiture, le plus paisible citoyen devient *fou*, dangereux et meurtrier. Danger pour autrui, assurément ! En montagne, dans les airs, en mer et sous terre, à tombeau ouvert sur leurs motos, des quantités de jeunes suicidaires recherchent la mort, et la trouvent. Danger pour eux-mêmes, certainement. Et nos grands hommes d'Etat, qui terrorisent leur petite partie de planète, et parfois d'autres, avec leur B52 chargés de napalm et leurs satellites radioactifs, leurs polices secrètes et leurs armées de tortionnaires, leurs « gorilles » sanguinaires et autres terroristes preneurs d'otages ? Danger pour autrui ! On voudrait conclure « Internement d'urgence ! »

Quelques crimes monstrueux ont été commis, c'est vrai, par des gens qui souffrent manifestement de « quelque chose ». Qui souffrent en tout cas de ne rien comprendre à un geste qui n'a pas plus de sens pour eux que pour les spectateurs terrorisés. Ces crimes-là sont extrêmement rares. A peine quelques-uns par an. Les psychiatres ne savent pas comment les prévenir, car ils ignorent ce qui les a provoqués. A cause de ces crimes tout à fait exceptionnels, effectués par des déments, des débiles, des personnes en état confusionnel pour des raisons organiques ou, plus rarement, par des adolescents appelés *schizophrènes*, le caractère dangereux du *fou* est affirmé et l'internement justifié.

Ce danger ne doit pas être escamoté. Il existe bel et bien. Mais il faut le considérer sur la toile de fond du péril que représente tous les criminels en liberté, soi-disant sains d'esprit, qui polluent la planète de leurs pouvoirs politique, militaire, policier, psychiatrique, technologique, ou simplement motorisé.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**Pour un « fou dangereux » en liberté, non repéré par les psychiatres, tapi dans notre imaginaire, porteur de toutes nos terreurs et de tous nos cauchemars, il y a dix, vingt, cinquante, cent individus pensant juste, comme vous et moi. Qui se promènent en plein jour et que nous côtoyons quotidiennement. Ceux-là sont vraiment dangereux, mais personne ne s'en effraie ni ne songe à les interner.**

### DANSE

Il est souvent très difficile d'exprimer ses sentiments et ses émotions par des mots. De plus en plus de soignants découvrent actuellement une vérité vieille comme le monde et rappelée avec tant d'à propos par Alexis Zorba : « *Une vie, ça se danse !* »<sup>49</sup> Par le corps en mouvement, il est possible d'exprimer beaucoup.

A l'hôpital psychiatrique, les soignants commencent à proposer aux malades d'aller danser avec eux. Cette invitation ne doit pas faire peur.

Au contraire, dans un espace assez vaste (grand salon, salle de gymnastique ou pelouse en été) avec ou sans musique, vous parviendrez peu à peu à danser l'émotion qui vous envahit, ici et maintenant, au moment de l'hospitalisation. La danser, c'est l'exprimer. L'exprimer, c'est à la fois la comprendre, la saisir et s'en décharger.

Parmi les nombreuses techniques utilisées par les soignants pour mieux communiquer avec vous, la danse a une vraie valeur, car elle ne reproduit pas forcément les relations de pouvoir du soignant sur le soigné. *La danse supprime aussi les frontières hiérarchiques soigneusement forgées par les psychiatres pour conserver distance et pouvoir.* Du moment qu'ils posent leur blouse, et qu'ils se retrouvent dans un corps à corps très concret avec leurs collègues, avec les *soignants* et les *soignés*, il n'y a plus ni dissimulation, ni faux-fuyant possible. Ou bien ils s'expriment, ou bien ils s'en vont. C'est pour cela qu'il n'y a pas beaucoup de psychiatres qui dansent avec leurs malades. Mais vous, n'hésitez pas, si on vous le propose, à entrer dans la danse !

DELIRE

En parlant des bains de surprise pratiqués à la fin du xvii<sup>e</sup> siècle dans les maisons de traitement pour aliénés, le grand Pinel, qui a brisé les chaînes des *fous* de Bicêtre, s'exclame : « On doit rougir d'insister sur ce délire médical, peut-être pire encore que celui de l'aliéné dont on veut rétablir la raison égarée. »<sup>50</sup>

Phrase historique entre toutes, qui rappelle que les médecins peuvent eux aussi « s'écarter du sillon ». (*Lira*, en latin, signifie le sillon. *De-lirare*, c'est s'écarter du sillon.)

Le sillon est un petit goulet que nous creusons tous, le nez dans la fange, avec méthode, jusqu'à ce que nous atteignons le gros goulet sur lequel on déposera la pierre et son épitaphe « Requiescat in pace ; il a sa vie durant, et dans l'honneur, creusé son sillon ! »

Qui sort de ce sillon-là est sûrement *fou*.

« La saveur de la vie n'est que pour les *fous* », disait un grand poète cité par Emile Ajar.<sup>51</sup>

Le délire est vraiment une idée qui sort de l'ordinaire, du jugement et de la raison. Qui choque et bouscule le bon sens ; énorme, absurde. Pour la comprendre, ce qui n'est pas du tout impossible, il faut commencer par admettre, comme Pinel il y a deux siècles, que personne n'est protégé contre le délire, ni les médecins et leurs traitements, ni les croyants et leurs religions, ni les politiciens et leurs convictions...

Szasz écrit : « Si vous parlez à Dieu, vous priez. Si Dieu vous parle, vous avez des idées délirantes. »<sup>52</sup>

Nous sommes tous susceptibles de délirer. Parfois, nous nous croyons persécutés, ou très forts et intouchables, ou tout petits, misérables et indignes. Cette impression peut être si forte, qu'elle nous envahit complètement. Cette idée fautive nous écrase et nous soulage tout à la fois. Car d'un côté, nous ne sommes plus nous-mêmes, mais de l'autre nous sommes un autre personnage. Il est dur, lorsque s'installent les idées délirantes de lutter pour rester soi-même.

Par exemple « J'ai l'impression qu'on parle de moi dans la rue. Il m'en faut une preuve, et je dois aller le vérifier. Si l'on m'assure du contraire, alors, tout est bien, j'abandonne cette idée fautive ».

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

C'est un gros effort d'aller sans cesse comparer ses idées délirantes avec la réalité. Mais il faut le faire pour rester soi-même. Enfant, il fallait aussi quitter les rêves, arrêter de jouer au gendarme et au voleur, ou de penser au prince charmant.

Pour les psychiatres, le délire est le symptôme d'une grave maladie mentale, mais pour Freud qui était perspicace, il représente une sorte de solution donnée par le patient. Mieux vaut délirer un peu que d'être complètement envahi par la sensation de ne pas exister. Pourtant, cette « solution » ne mène nulle part. Elle conduit plutôt directement à l'hôpital psychiatrique et aux médicaments. **Le délire, ce mensonge qu'on se raconte, coûte cher. Il vaut mieux s'efforcer de l'abandonner et de partir avec courage à la recherche de soi et de la réalité.**

## DEMENCE

Le terme de démence a pris maintenant en psychiatrie un sens bien déterminé. Il « signe » la diminution irréversible des facultés intellectuelles et l'effondrement de l'intelligence.

Il s'agit d'un état régressif qui entame progressivement le capital d'intelligence de base de l'individu pour l'affaiblir peu à peu et aboutir à une déchéance psychique. Comme l'a fort bien dit Esquirol : « L'Homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre. »<sup>53</sup>

Avec l'âge, il est vrai que nous allons tous, à plus ou moins brève échéance, nous appauvrir et que la sclérose cérébrale rétrécira, en même temps que nos artères, nos capacités de compréhension et de tolérance. Cela explique sans doute les « réactions » de certaines autorités psychiatriques, qui n'ont simplement plus ni les moyens (ni les artères !) de comprendre les fous dont ils s'occupent et certains de leurs collaborateurs peu conformistes ! Leurs artères cérébrales se crispent. On ne saurait leur en vouloir.

Toutefois, certains processus de vieillissement sont tellement accélérés qu'ils prennent l'allure d'une véritable dissolution psychique. Il y a, en fait, non une seule

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

démence, mais de multiples tableaux démentiels qui ont tous une origine organique : *sclérose vasculaire, tumeur cérébrale, traumatisme crânien, état post infectieux, alcoolisme, épilepsie* etc.

Contrairement aux autres grandes maladies mentales, les démences peuvent être diagnostiquées puisqu'elles reposent sur des *lésions cérébrales* destructives que l'on peut objectiver (par l'*électroencéphalogramme*, la *pneumoencéphalographie*, l'*artériographie* cérébrale et plus récemment par la *tomographie* cérébrale).

Leur traitement est bien décevant car les déficits cérébraux ne peuvent que rarement être corrigés. **Les seules mesures que l'on peut prendre sont d'assistance et d'organisation de vie.** C'est à cela que s'attachent les départements de *psychogériatrie* qui ne cessent partout de s'agrandir, la population atteignant un âge de plus en plus élevé. Les statistiques à ce sujet ne sont pas tendres : 10 % des personnes âgées de plus de 65 ans présenteraient déjà des atteintes démentiels<sup>54</sup>.

## DEPRESSION

Il n'est pas nécessaire de décrire longuement la dépression nerveuse (ou état dépressif) : chacun la connaît pour l'avoir vécue personnellement.

Elle est le lot de tout être humain qui a conscience d'être un individu unique, d'être en vie et de devoir mourir un jour. Elle est un problème non pas psychiatrique, mais de la vie. C'est pour cela que les psychiatres font un abus de langage en la rangeant soigneusement parmi leurs diagnostics de maladies mentales. Appellerait-on maladie la nausée, l'essoufflement ou le vieillissement ?

Toute réflexion profonde et sérieuse sur sa vie ne peut se faire qu'à la faveur ou qu'au prix d'un état dépressif. Dépression égale bilan de vie, et vice versa.

La dépression étant toujours liée à l'idée de la mort, et réciproquement, il n'est pas étonnant que dépression et suicide soient associés.

Les psychiatres répartissent les états dépressifs en deux grandes catégories. D'un côté ceux dont ils comprennent la cause ; ils les appellent *dépressions réactionnelles* ou né-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*vrotiques*. Les causes en seraient multiples : conflit conjugal ou professionnel, rupture sentimentale, etc. De l'autre, ceux auxquels ils ne comprennent rien ; ils les qualifient *d'endogènes* ou *psychotiques*. Ils peuvent présenter une périodicité ou alterner avec des phases *maniaques*, et ils sont alors rattachés à la maladie cyclique ou *psychose maniaco-dépressive*.

Les états dépressifs *névrotiques* réagissent relativement bien aux médicaments (*antidépresseurs*) et à la psychothérapie.

Les états dépressifs endogènes ou psychotiques sont en revanche plus graves. Mais le problème est embrouillé, les psychiatres ayant tendance à qualifier de psychotiques ou d'endogènes toutes les dépressions qu'ils n'arrivent pas à guérir ! Dans ce cas, ils utilisent les *électrochocs*, surtout lorsqu'elles prennent le caractère d'une mélancolie, qui n'est rien d'autre qu'une dépression très profonde. La *mélancolie d'involution de la femme* en est une forme très particulière, qui survient à l'époque de la ménopause.

Au moment où l'on peut être amené à faire le bilan de sa vie, la ménopause est aussi l'époque d'un nouvel équilibre hormonal. A cet égard, l'importance de l'équilibre hormonal œstrogène sur le psychisme est encore mal connue.

Les personnes présentant un état dépressif profond, dont la cause n'est pas évidente, et qui parlent de se suicider, sont régulièrement internées avec le diagnostic d'« état dépressif mélancoliforme. »

Ces dépressions sont volontiers traitées par les *électrochocs*, avec des résultats variables. Certains psychiatres estiment que ce traitement représente ici « l'arme la plus rapide et la plus efficace »<sup>55</sup>. En réalité, l'arme en question fait bien d'autres dégâts, dont la plupart des malades électrochoqués peuvent témoigner. On ne tire pas impunément sur un cerveau. D y a parfois de pénibles ricochets...

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic est une rubrique du dossier médical, généralement mentionné sur la page de garde, figurant immédiatement sous l'identité du malade.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Les dossiers en révèlent de bien curieux. Par exemple : B. BdH, né le..., habitant à..., diagnostic : antipsychiatre, pronostic : réservé. Ou : J. C, née le ..., habitant à..., diagnostic : état *dépressif réactionnel* chez une personnalité *immature* et *narcissique* aux traits *abandonniques*. *Homosexualité* de type *perverse*. *Arriération mentale* légère... Oui, tout cela pour une seule personne ! Tous ces mots qui se font des pieds de nez, c'est vous, c'est moi, c'est le voisin ou la voisine d'en dessous... Avec notre chagrin, nos problèmes, nos peurs et nos souffrances, nous voilà dûment épinglés et étiquetés par dix-neuf mots sur la couverture d'un dossier.

Les psychiatres aimeraient tant que leurs diagnostics, à l'instar de ceux de leurs collègues médecins et chirurgiens, correspondent à des maladies. Attelés à cette tâche depuis plus d'un siècle, ils n'ont pas beaucoup avancé ! La preuve : mettez dix psychiatres de dix pays différents devant un appareil de télévision. Passez-leur le film d'un entretien de malade et demandez-leur de poser un diagnostic. Dix psychiatres, dix diagnostics. Et quel désaccord ! « Mais mon cher collègue, cette jeune personne présente des signes évidents de *schizophrénie* » — « Pas du tout, cher Monsieur, il s'agit d'une *névrose hystérique* grave... » — « Mais, Messieurs, où allez-vous chercher ça, pour moi c'est un *état limite* absolument typique etc. » Faut-il en rire ? Non, car le diagnostic psychiatrique, comme le rappelle Cooper, est étymologiquement une « connaissance qui traverse, une *dia-gnose*, une épée que l'on plonge dans le cœur de la connaissance d'autrui », une sorte de pointage de rampes de fusées sur l'objectif d'une personne, le déclenchement pouvant fort bien survenir négligemment quelque temps plus tard...<sup>56</sup> « Une série désormais classique, dit Szasz, de films de western nous montre deux hommes luttant désespérément pour récupérer une arme tombée à terre. Celui qui l'atteint le premier tire et sauve sa peau, l'autre au contraire se fait descendre et meurt. Dans la réalité psychiatrique, l'enjeu n'est pas une arme, mais une étiquette : celui qui réussit le premier à la poser sortira vainqueur de la bataille ; l'autre, « l'étiqueté », est réduit au rôle de victime... »<sup>57</sup>

Ne vous laissez pas impressionner par le diagnostic, qui ne vous sera d'ailleurs communiqué que s'il s'agit d'une *névro-*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*se*. Celui de *psychose*, de *débilité*, de *perversion* est communiqué à la famille, quand les psychiatres ne le gardent pas — et c'est fréquent — pour eux !

Même s'il s'abat sur vous « comme un coup de fouet qui vous marque dans votre dignité et dans votre respectabilité aussi sûrement qu'un fer rouge »<sup>58</sup>, sachez que, si vous aviez à votre tour le pouvoir du verbe, vous pourriez de la même façon épinglez votre interlocuteur d'un seul mot, aussi insupportable. Que vous qualifiiez votre psychiatre de « *pervers* », d'« *impuissant* », d'« *homosexuel* », ou de « *sadique* », il se trouvera étiqueté et bien mal en point. Ceux qui ont eu le courage de le faire sont sortis la tête haute du cabinet médical.

« Pour gagner en efficacité, mon psychanalyste se mit à employer un système symbolique élaboré. Par exemple, l'un de mes yeux, selon lui, représentait le vagin de ma mère, l'autre, l'anus de mon père. Je me démenai quelques instants avec cette ahurissante évidence, pour me convaincre qu'elle ne me servait à rien du tout, mais qu'elle était de grande importance pour mon psychanalyste et la relation qu'il avait avec moi. Finalement je me levai du divan, le regardai droit dans les yeux et lui dis qu'il était, selon moi, complètement *fou*. Alors il dit, la voix chevrotante : « Vous ne pensez pas vraiment cela, n'est-ce pas ? — « Si, ai-je répondu, j'en suis convaincu » et je quittai la pièce. La thérapie était finie. »<sup>59</sup>

## DIRECTEUR

Le directeur de l'hôpital psychiatrique, ou mieux de l'*institution psychiatrique*, est un homme (tiens ! je ne connais pas de femme à ce poste, et vous ?...) qui a du pouvoir. Ce pouvoir, à qui le doit-il, sinon à un pouvoir supérieur ? Et qui peut bien être au-dessus de lui ? L'administration. Et qui commande à l'administration ? Le gouvernement. Donc le directeur de l'hôpital psychiatrique s'adresse directement au pouvoir public dont il est le représentant,... et le valet !

Avec tout ce pouvoir, le directeur gère son institution et, accessoirement, soigne ses malades.

Il dispose pour cela d'une hiérarchie hospitalière, grande

## *DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

échelle de communication et de liaison, qui, curieusement, n'est empruntée que dans un sens, de haut en bas. Remonter l'échelle, du malade au directeur, est quasiment impossible ; on n'arrive qu'à une certaine hauteur. Voyons un peu les différents échelons. Tenez-vous bien, n'ayez pas le vertige, il y en a neuf, répartis sur deux échelles, reliées à leur sommet comme un V renversé. Tout en haut, le directeur ; tout en bas le malade ; entre eux, une hiérarchie médicale à cinq échelons : le médecin chef, le chef de clinique, le médecin assistant ou interne, l'infirmier chef de pavillon, l'infirmière, et une hiérarchie infirmière à quatre échelons : l'administrateur, le chef infirmier général (ou surveillant chef), l'infirmier chef de pavillon, l'infirmière.

Ces deux axes de communication et d'information, donc de pouvoir, n'ont pas la même force. La hiérarchie médicale dispose d'un certain savon\* que n'a pas la hiérarchie infirmière, c'est vrai. Mais à l'asile cela compte peu. Ce qui est fondamental, c'est la stabilité des hiérarchies. De toute évidence, la hiérarchie administrativo-infirmière est plus stable (10 à 20 ans) et permanente que la médicale soumise aux changements continuels des médecins assistants.

**Ainsi l'hôpital psychiatrique est fondé, axé et centré sur une colonne hiérarchique d'une incroyable stabilité, qui empêche tout changement et tout progrès.** Cette colonne : directeur, chefs, sous-chefs, chefs adjoints, petits chefs et grands chefs, pèse sur les épaules du malade qui se trouve en bas de l'édifice. Toutes les décisions qui importent pour lui sont prises au sommet de ces deux échelles, donc aux échelons les plus éloignés de la base qui sont aussi les moins bien informés, puisque le courant ascendant de la hiérarchie hospitalière est quasi inexistant.

Autre conséquence : le directeur a l'administration au-dessus de sa tête et l'administrateur sous ses pieds ou à ses côtés. Le pauvre homme est ainsi pris en sandwich dans une structure administrative rigide. Quels que puissent être les désirs du directeur de modifier ou d'assouplir la structure hospitalière, seule finalement l'administration a le pouvoir de décision.

Cela devient encore plus inquiétant lorsqu'un de ces joyeux administrateurs claironne avec cynisme : « Mais moi, Monsieur, je gère et j'administre cet hôpital comme

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

une grande entreprise, comme une usine de chaussures, si vous voulez... !<sup>60</sup> »

Où cet excellent fonctionnaire a-t-il bien pu dénicher cette analogie « malades mentaux — chaussures ? » Elle mérite, sans aucun doute, qu'on lui envoie par la pensée notre godillot quelque part !

### DOMAINE

Le domaine de l'hôpital psychiatrique, son jardin ou son parc, était jadis complètement entouré d'un mur élevé ou d'un grillage. Actuellement, ce n'est plus le cas, le domaine de l'asile est le territoire qui prolonge les bâtiments hospitaliers.

Pour le directeur, tout ce qui s'y passe a lieu sur « ses terres », dans « son » hôpital. Le reste est l'affaire de la société. D'où l'extrême importance des murs d'enceinte qui, bien que détruits, gardent une considérable valeur symbolique. Cela est apparu très nettement, il y a quelques mois, lorsqu'un grand hôpital psychiatrique a voulu « se protéger » d'une poignée de manifestants qui avaient l'intention d'occuper le domaine en signe de protestation contre un internement arbitraire. Le directeur, un brin timoré, décrocha son téléphone pour obtenir le soutien de la maréchaussée. Où se disposèrent les gendarmes avec leurs paniers à salade, leur talkie-walkie et tout le tremblement ? Exactement sur l'emplacement de l'ancien mur, qui subitement resurgissait ainsi, à la grande surprise des badauds !

Obtenir une « *permission de domaine* » signifie pour le patient qu'il peut se promener dans le jardin et dans le parc, mais pas au-delà. Toujours ces murs invisibles... Les alcooliques savent, par exemple, que les bistrotts sont de l'autre côté du « mur ». Les toxicomanes également, qui trouvent leur drogue de l'autre côté et la ramènent parfois « dedans », à la grande panique du directeur.

Le domaine reste, bien que surveillé, un espace très agréable où, comme à la cantine, des relations chaleureuses peuvent se développer avec des patients ou des soignants d'autres pavillons ou avec des gens de l'extérieur. En été, lorsque les arbustes sont bien touffus, certaines de ces rela-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tions, chacun le sait, sont suffisamment intimes pour être dites... sexuelles.

Les domaines des asiles psychiatriques sont très bien entretenus. Une ribambelle de jardiniers peignent avec soin de belles plates-bandes, des roseraies et d'impressionnants massifs de fleurs. Cela charme les yeux, et détend paraît-il les esprits !

Les malades, ces ingrats, disent parfois qu'ils préféreraient un bon beefsteak à une belle plate-bande, mais ils ne comprennent rien à la psychiatrie moderne ! Comme la plupart des asiles ont été construits il y a maintenant un siècle, les arbres y sont beaux et vénérables. Certains malades vous raconteront volontiers qu'ils se rappellent lorsqu'ils ont été plantés ou lorsqu'ils étaient à l'auteur d'homme. Ces malades, contrairement aux arbres, sont presque morts.

On trouve aussi sur le domaine une ferme et des animaux domestiques. Le crottin est bon pour les maladies mentales. Parfois, le cœur se serre à la vue de ces patients qui, des journées entières, contemplant avec envie un petit poulain gambadant auprès de sa mère dans un enclos.

Le « domaine » est un bel endroit fait aussi pour les visiteurs. Quand ils viennent voir « *leur cher malade* », ils disent que tout est si calme et si beau qu'il doit être bien reconnaissant d'avoir obtenu un lit dans un tel paradis.

Le domaine est une carte de visite. Il ne faut donc pas lésiner sur la façade, disent nos autorités. On sait ce que valent l'une et l'autre.

## DOSSIER

Les psychiatres, à l'instar de leurs collègues internistes, constituent pour chacun de leurs patients un *dossier médical*. Ce document rassemble des renseignements sur votre famille et sur votre vie depuis votre naissance, obtenus au cours de nombreux entretiens avec vous, votre conjoint, vos enfants, vos parents, vos amis, votre patron, etc.

Le psychiatre prend des notes ou dicte ses souvenirs de l'entretien à sa « gentille secrétaire » qui tape soigneusement toute cette paperasse. Le *dossier* contient également l'examen objectif de votre personne physique et psychi-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

que, observée par le regard perspicace du spécialiste, et flairée de son odorat de limier ! Ne lit-on pas dans tel dossier cette remarquable observation : « Le patient présente l'odeur typique des *schizophrènes* et la texture de peau très particulière de ces malades » !

Il n'y a pas de correspondance directe entre la personne que vous êtes et celle qui est décrite dans le *dossier*, du moins pas davantage qu'entre la fleur qui s'épanouit dans la brise du soir et la même, aplatie, desséchée dans un herbier. Vous êtes quelqu'un de vivant avec des problèmes graves et une souffrance profonde. Le *dossier* est un texte mort, rempli de mots techniques, précis et objectifs. Parfois, pour « faire vivant », le psychiatre colle vos photos successives sur la page de garde. Restent alors fixés pour la postérité des visages au regard accusateurs, qui vieillissent et se bouffissent, au gré des séjours, et viennent témoigner du gigantesque échec de la psychiatrie et des effets secondaires des médicaments.

On continue pourtant à constituer des *dossiers* sur les malades. Pour beaucoup de raisons différentes.

D'abord, pour faire comme les autres médecins. Un cardiologue décrit l'auscultation cardiaque de son patient ; pourquoi le psychiatre ne décrirait-il pas objectivement l'angoisse ou la tristesse du sien ? Il n'a pas encore compris qu'il devrait lui aussi s'inscrire dans ce *dossier* s'il voulait s'approcher un peu de la réalité de l'entretien psychiatrique.

Ensuite, pour pouvoir mémoriser puis transmettre votre histoire psychiatrique à d'autres médecins ou d'autres hôpitaux. Il se constitue ainsi des documents très lourds et très épais qui vous suivent ou vous précèdent, du berceau à l'école, de l'école au lycée, de l'armée au commissariat de police, du service du permis de conduire au juge d'instruction, de l'asile au psychiatre privé, etc. A l'hôpital psychiatrique et dans les centres de santé mentale, le *dossier* est souvent lu par le médecin avant qu'il ne vous voie. Il se fera ainsi, sur vous, une opinion préconçue, autrement dit un préjugé, dont le poids est directement proportionnel à celui du *dossier*. Plus ce dernier est gros, plus la réflexion du médecin est mince.

Pour toutes ces raisons, les malades lucides pensent que les dossiers sont un instrument du pouvoir médical.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Récemment, lors d'un débat public contradictoire, d'anciens malades, des psychiatrisés, interpellèrent le professeur de psychiatrie : « Rendez-nous les dossiers que vous avez constitués sur nous pendant notre séjour à l'asile ou notre passage au Centre de santé mentale. Nous avons le droit de récupérer notre vie étalée sur vos papiers. » — « Non, impossible. D'ailleurs, vous ne pourriez rien y comprendre. Ils sont rédigés en termes techniques, pour spécialistes. Et pourquoi voulez-vous les récupérer ? D'où vient cette méfiance, cette hostilité, fondée sur l'illusion que nous détenons un pouvoir sur vous... ? »

**Les psychiatres ne veulent pas comprendre que le seul but des pages entières qu'ils noircissent est de soulager la souffrance de l'autre. Qu'est un dossier sinon un outil de communication et de dialogue avec le malade ? Le dossier non partagé est un instrument de pouvoir du médecin, qui ne veut pas en lâcher une parcelle.**

Les dossiers sont donc très difficiles à consulter. A l'hôpital psychiatrique et au Centre de santé mentale, ils sont farouchement gardés sous clé. Il faut user de stratagèmes compliqués pour en obtenir un. Essayez quand même, avec la collaboration d'un soignant en qui vous auriez confiance.

Le médecin, estimant que tous les renseignements contenus dans un dossier relèvent du secret professionnel, a le droit de s'opposer à sa communication à quiconque, même au patient. Toutefois, il acceptera peut-être de le lire avec vous. Demandez-le-lui.

A l'asile avec certaines complicités, on parvient quand même à prendre des dossiers, même à les détruire. D'ailleurs, l'hôpital psychiatrique ne peut pas toujours être sur ses gardes, et le soir, lorsqu'il se vide, les malades savent qu'ils peuvent aller se promener dans les bureaux des médecins et apprendre bien des choses !

Tel ce malade, entamant sa 17<sup>e</sup> année d'asile, rencontré un soir, tard, dans le corridor du bâtiment de la direction de l'hôpital : « Docteur, j'ai piqué mon dossier, je viens de le lire de A à Z... Eh bien ! le type qui est décrit là sur ses papiers, est sacrement fou. Je ne savais pas que j'étais aussi malade que ça ! »

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### DROITS

Les fous, les malades mentaux et tous les internés ont le droit absolu d'être soignés comme des êtres humains, du début à la fin de leur traitement psychiatrique.

Ils disposent pour cela des « droits fondamentaux des malades mentaux » **qu'ils doivent connaître pour en exiger le respect**. Lors du 6<sup>e</sup> Congrès de l'*Association mondiale de psychiatrie* (Honolulu, 31.8.1977), ces droits ont été résumés dans la *Déclaration de Hawaii*, adoptée à l'unanimité de tous les Etats membres. Trois de ses articles méritent d'être retenus par toute personne qui entreprend un traitement psychiatrique<sup>61</sup> :

*Art. 3* : La relation entre le patient et le psychiatre est fondée sur un **accord mutuel**.

*Art. 4* : Le psychiatre se doit **d'informer le patient** de la nature de son état ou du diagnostic suggéré et des thérapeutiques envisagées, y compris les autres possibilités envisageables.

*Art. 6* : Chaque fois qu'il y a un **traitement imposé** ou une **détention**, il doit y avoir une instance d'appel indépendante et neutre susceptible de se livrer à **une enquête** dans tels cas. Chaque patient doit être informé de l'existence d'une telle instance et doit avoir le droit de faire appel à elle personnellement.

**En clair, aucune intervention psychiatrique ne se justifie moralement sans le consentement préalable du patient, dûment informé de la maladie dont il souffre, du traitement envisagé et de ses avantages et dangers.** La seule exception à cette règle fondamentale de la pratique quotidienne du psychiatre serait le cas d'un patient jugé incompétent pour donner son accord. Dans ce cas, il n'est évidemment pas tolérable que le médecin statue et dispose, en même temps de cette incompétence. Seul un tribunal ou autre instance juridique peut en décider, et autoriser le médecin à pratiquer son traitement, sans l'accord du patient. Même le malade soumis au régime de l'internement doit être déclaré incompétent par un tribunal, pour n'avoir pas droit à l'information et à la décision d'être soigné ou non. Tout autre mode de faire relève de la répression psychiatrique.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Naturellement le malade responsable, dûment informé de son diagnostic et du traitement envisagé, a le droit intégral de s'opposer au traitement, même s'il est en désaccord avec le psychiatre. Si un patient responsable a donné son accord, par exemple, pour des *électrochocs*, il a le droit de le retirer en cours de traitement.

Les traitements psychiatriques ne peuvent être imposés qu'aux patients jugés incompétents, par un tribunal ou une instance juridique, présentant un danger pour eux-mêmes, ou pour autrui. De plus ce traitement, doit avoir de bonnes chances d'être efficace. Même pour les suicidaires, ce jugement doit être obtenu d'un tribunal, à moins qu'une action immédiate du psychiatre ne soit requise pour sauver la vie du patient.

Les psychiatres seront sans doute blessés dans leur amour-propre, d'être surveillés de la sorte, par des tribunaux, surtout ceux qui, en toute honnêteté sont convaincus d'être de bons médecins, préoccupés de l'intérêt de leurs malades. Et pourtant, il n'est pas tolérable, qu'ils continuent à décider, (dans ce domaine les abus sont quotidiens) au mépris de la liberté de leurs patients, de ce qui est bon ou mauvais pour eux. Ce paternalisme a fait beaucoup plus de ravages que de sauvetages, même si à l'occasion, il a pu permettre à un malade de survivre contre sa volonté.

Il faut que les psychiatres se mettent totalement au service de leurs patients. Il faut qu'ils fassent taire leurs principes de morale et acceptent que les patients tiennent avant tout à leur liberté, plus qu'à la vie parfois. **Ce n'est pas au psychiatre, si brillant soit-il, de statuer sur la liberté de son malade.**

Rappelons aussi les droits des malades soumis à la *recherche* ou à l'*expérimentation*.

1. Liberté totale de se soumettre ou non à l'expérimentation après avoir reçu une information aussi complète que possible.
2. Nécessité que l'expérimentation entraîne davantage de bénéfices que des risques.
3. Nécessité qu'elle ne provoque aucune souffrance, ni ne présente aucun danger.
4. Les patients jugés incompétents par un tribunal ad hoc ne peuvent être soumis à l'expérimentation qu'avec l'accord de leurs proches ou de leurs tuteurs.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*Le Conseil de l'Europe*<sup>62</sup> s'est dernièrement penché sur les droits des malades mentaux. Dans un texte extrêmement vigoureux, adopté à l'unanimité le 8.10.77, les parlementaires de Strasbourg critiquent vivement le traitement des malades mentaux en Europe occidentale. Ils dénoncent la législation et les pratiques archaïques auxquelles continuent d'être soumis une partie des ressortissants des pays membres sous prétexte qu'ils ne sont pas normaux. Ils stigmatisent l'utilisation parfois non justifiée de certains traitements comme les *électrochocs* et de certains médicaments et soulignent qu'il est parfois difficile de savoir à quel moment le traitement s'achève et l'expérimentation commence.

Les Etats membres sont invités à revoir leurs législation et leurs règlements administratifs sur l'internement des malades mentaux en redéfinissant certains concepts fondamentaux, tels que le qualificatif dangereux.

*Le Conseil de l'Europe* a également recommandé la création d'organes d'information et de contrôle des internements, sorte d'*Ombudsmen* (médiateurs) de la santé mentale auprès de qui chacun pourrait s'adresser pour connaître des droits et les faire respecter. Un bureau de ce genre s'est ouvert il y a deux ans aux USA, au Michigan. En 22 mois, il a examiné 3330 plaintes dont 30 % se sont révélées justifiées et ont entraîné une action correctrice<sup>63</sup>.

A quand de tels bureaux en France, en Suisse, en Belgique ?

Il est évident qu'en matière de droits des malades mentaux et d'abus de la psychiatrie, chacun pense à la situation scandaleusement systématique des pratiques psychiatriques en URSS. Celles-ci doivent être dénoncées avec la plus grande vigueur, (plus nettement sans doute qu'au Congrès d'Honolulu), mais il serait hypocrite et fallacieux de considérer le rideau de fer comme une frontière séparant la bonne de la mauvaise psychiatrie. Les abus sont quotidiens en Europe occidentale également, parce que, **dès que la loi donne aux psychiatres le pouvoir de protéger les honnêtes citoyens contre d'hypothétiques « fous dangereux », ils abusent invariablement d'un pouvoir qui les fascine au nom d'un savoir qu'ils n'ont pas.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### ELECTROCHOC

« Non una seconda ! Mortifera ! » « Pas d'autre, c'est horrible ! » sont les paroles authentiques prononcées par la première personne qui a protesté contre les *électrochocs*. Elle savait de quoi elle parlait : on venait de lui faire le premier de l'histoire de la psychiatrie. Pas le dernier, malheureusement !

Le professeur Ugo Cerletti, grand psychiatre italien, avait constaté depuis longtemps (à tort, d'ailleurs !) que l'*épilepsie* était incompatible avec la *schizophrénie*. Il fallait donc trouver des méthodes capables de faire convulser des *schizophrènes* pour les guérir. L'électricité en aurait bien été une, mais ça ne marchait pas. Jusqu'à ce que Cerletti, visitant les abattoirs de Rome et vérifiant que les porcs, soumis au choc électrique avant d'être abattus, développaient une crise d'*épilepsie*, eût l'idée qu'on pourrait provoquer chez l'homme, de la même façon, une convulsion par un courant électrique transcérébral sans le tuer. Le 15 avril 1938, raconte Fréminville<sup>64</sup>, un individu est envoyé par la police dans le service de Cerletti. L'illustre professeur pose le diagnostic de *schizophrénie*, rassemble 6 collègues réputés et tous ses assistants. Un premier choc est administré : 1/10<sup>e</sup> de seconde, 70 volts — peu d'effet : le patient ne perd pas connaissance et ne présente pas de véritables convulsions. Cerletti propose un deuxième essai à plus haut voltage. Les spectateurs s'y opposent : ils craignent que le patient n'en meure et préfèrent reprendre les essais le lendemain. Cerletti décide tout de même de faire immédiatement un deuxième choc. A ce moment, le patient, qui n'avait pas articulé un mot depuis son hospitalisation, se dresse sur son séant et déclare à l'étonnement de chacun : « Pas d'autre, c'est horrible ! » Cerletti ne lui laisse pas le temps de se reprendre. Il appuie sur le bouton. Cette fois, le voltage est suffisant. Le patient perd connaissance et développe une classique crise d'*épilepsie* type « grand-mal. »

Le premier *électrochoc*, donc a été administré en dépit de l'opposition du patient et contre l'avis d'une partie des experts présents. Il n'en a plus jamais été autrement.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

L'*électrochoc* a connu, par la suite, un développement considérable, dans le monde entier. Facile, la méthode n'exige guère de matériel : un simple dispositif permettant de régler l'intensité et surtout la durée du passage du courant (de 0,1 à 1 seconde). Plusieurs psychiatres utilisent même directement le courant des prises murales, dont le voltage (110-120 volts) convient parfaitement pour les chocs (80 à 150 volts).

A ses débuts, cette pratique était fort impressionnante et non dénuée de dangers<sup>65</sup>. La crise *épileptique* réalisée était spectaculaire et la rigidité musculaire menaçait d'entraîner des dégâts osseux, essentiellement des compressions ou des fractures vertébrales, des luxations de l'épaule ou de la mâchoire...

Actuellement, le patient à qui l'on prévoit d'administrer des *électrochocs* subit d'abord un *électroencéphalogramme* et un *électrocardiogramme*, afin d'être sûr qu'il ne souffre ni d'une maladie de cœur, ni tumeur cérébrale avec augmentation de la pression dans la boîte crânienne, deux contre-indications absolues, ainsi d'ailleurs que certaines forme d'hypertension artérielle et un anévrisme avéré de l'aorte.

Le matin de l'*électrochoc*, le malade reste à jeun. Il est endormi (en principe par un anesthésiste qui aura pris contact avec lui la veille) par une injection de *barbituriques*, dans la veine et curarisé par l'administration de *succinylcholine*, pratique habituelle en anesthésiologie. Une paralysie respiratoire s'installe et le malade est mis sous respiration assistée. On applique alors, sur ses tempes, deux électrodes métalliques recouvertes de coussinets de tissu humidifiés, et l'on fait passer le courant. La crise convulsive est à peine visible puisque le malade est inconscient et curarisé. Après la crise, la respiration reprend en principe spontanément dans un délai de 3 à 4 minutes et le malade peut être ramené dans sa chambre où il se réveillera progressivement. Une période de confusion suivie de troubles de la mémoire est absolument habituelle. Certains psychiatres pratiquent encore l'*électrochoc* sans *narcose* : la crise, beaucoup plus spectaculaire, doit être maîtrisée par des aides qui maintiennent fermement le malade sur le lit. La crise a quatre périodes distinctes : le choc avec perte de conscience immédiate, une phase convulsive

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tonique de 2 à 10 secondes, une phase convulsive clonique de 40 à 60 secondes et la phase de coma qui dure quelques minutes.

Les psychiatres administrent des *électrochocs* en série, en général une dizaine de séances au rythme de 2 ou 3 par semaine. Et même de façon ambulatoire<sup>66</sup> et chronique, à raison d'un *électrochoc* par mois pour éviter des rechutes.

Ils réservent ce traitement aux personnes souffrant de *dépression*, particulièrement les *dépressions mélancoliformes* de la *psychose maniaco-dépressive*, mais aussi à d'autres qu'ils appellent endogènes. Les états *schizophréniques* à leur début et les bouffées délirantes sont aussi traités par les *électrochocs* (parfois en association avec une cure d'*insuline* ou l'administration de *neuroleptiques*).

Les psychiatres n'ont aucune idée des mécanismes d'action des *électrochocs*. Comme pour la cure d'*insuline*, ils proposent de drôles de théories d'architecte démolisseur, ou de bambins jouant avec des cubes : « Tout se passe comme si, partant d'un édifice psychique déterminé, la dissolution le réduisait à des moellons éparpillés. La reconstruction ne serait que l'utilisation de ces mêmes moellons suivant un plan constructif nouveau, quant à leur agencement dans l'espace et dans le temps. »<sup>67</sup>

Il existe d'autres théories tout aussi vagues, telle celle de la *peur* ou de la *punition*, celle-ci s'appliquant particulièrement bien aux états dépressifs avec leurs fausses idées de culpabilité. Le psychiatre vient alors punir-guérir le déprimé coupable-malade.

L'hypothèse qui fonde l'action de l'*électrochoc* sur les troubles de la mémoire qu'ils entraînent est la plus vraisemblable, mais aussi la plus inquiétante. En effaçant le souvenir de la maladie, l'*électrochoc* « guérirait » les malades de leur *dépression* et de leur *schizophrénie*.

Si les psychiatres ne savent pas ce qu'ils font avec leurs *électrochocs*, les malades quant à eux savent ce que les chocs leur ont fait. D'abord, une peur considérable, allant jusqu'à la terreur, dont ils témoignent tous unanimement ; ensuite, de sérieux troubles de la mémoire, dont ils ne se remettent parfois jamais complètement.

Les accidents enregistrés vont des fractures mentionnées, à ceux d'anesthésie générale (fracture de dents lors de l'intubation, thrombophlébite, accident cardio-vasculaire, aspi-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

ration pulmonaire lors de la détubation, etc.) et aux morts subites par surcharge cardiaque, accident plus rare, mais décrit dans la littérature. Baruk a aussi observé des lésions cérébrales graves (lésions vasculaires et destructions cellulaires) chez les singes qu'il avait soumis à des *électrochocs*<sup>TM</sup>. A l'heure actuelle, il n'est plus possible d'ignorer que :

**1. Les *électrochocs* ont été découverts par Cerletti dans l'Italie fasciste de Mussolini, alors que la *lobotomie* était introduite à la même époque, par Moniz, dans le Portugal fasciste de Salazar, et que l'Allemagne du III<sup>e</sup> Reich laissait, à la fin des années trente, plus de 275 000 malades mentaux mourir de faim, être rossés à mort, euthanasiés et gazés.**

L'*électrochoc*, comme toutes les méthodes de choc, cherche à provoquer la « petite mort », celle du psychisme sans pour autant tuer l'individu. A cette époque l'idée que les malades mentaux étaient des « dégénérés » prévalait dans toute l'Europe et il n'est pas étonnant que des régimes totalitaires les aient effectivement liquidés ou l'aient quasiment fait par d'habiles techniques prétendument thérapeutiques.

**2. L'*électrochoc* est une technique thérapeutique violente.** Du point de vue du psychiatre, elle est parfois extrêmement efficace : elle arrête un certain comportement (*agitation* ou *apathie* extrêmes) et un certain langage (*dé lire* aigu ou *mutisme* profond) qui témoignent d'une maladie mentale et qu'il est difficile de tolérer à l'hôpital psychiatrique.

**3. Aucune recherche scientifique sérieuse n'a jamais pu démontrer que l'*électrochoc* a une efficacité supérieure à celle des médicaments,** par exemple, (surtout les *anti dépresseurs* en cas de dépression profonde). Il apparaît même que, dans bien des cas, l'*électrochoc* a un effet plus rapide mais moins durable que les médicaments, qui préviennent mieux les récides.

**4. Les malades qui ont subi des *électrochocs* condamnent presque unanimement ce traitement,** en témoignant d'une grande peur à son égard et de troubles de la mémoire indéniables, parfois invalidants pour la vie.

**5. Cette technique thérapeutique ne permet pas de respecter les droits fondamentaux des malades,** notamment celui de donner ou de refuser leur consentement au

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

traitement après avoir été informés aussi clairement que possible de ses avantages et de ses inconvénients.

6. L'électrochoc ne respecte pas les conditions essentielles de tout traitement psychiatrique, notamment la création et le maintien d'une relation dite thérapeutique entre le soignant et le soigné, véhicule d'une possible amélioration.

7. Du fait de tous ces multiples inconvénients, l'électrochoc a été radicalement supprimé dans certains Etats américains d'avant garde (Californie, Floride et dans de nombreux hôpitaux psychiatriques d'Angleterre et de Hollande — l'un des plus grands hôpitaux psychiatriques hollandais, le Sandpoort Provinciaal Ziekenhuis, qui dessert toute la région d'Amsterdam, ne pratique plus un seul électrochoc, sur ordre de la direction, depuis 10 ans). De plus en plus, partout dans le monde, ce traitement tend à être remplacé par d'autres techniques.

Il n'est enfin pas possible d'ignorer qu'il n'existe personne qui, en pleine santé, ait accepté de subir, à titre expérimental, un *électrochoc* afin d'en étudier les effets sur un cerveau sain et sur les mécanismes de la mémoire.

Je propose d'ailleurs depuis longtemps que les ardents défenseurs des *électrochocs*, ceux qui écrivent en toute candeur qu'ils sont convaincus de leur innocuité<sup>69</sup>, acceptent d'être soumis à une série d'*électrochocs* afin qu'on étudie clairement, une bonne fois pour toutes, les effets du choc électrique sur la mémoire de personnes en pleines possession de leurs facultés mentales ce qui resterait encore à prouver! Bien des techniques thérapeutiques et d'investigation médicale, n'ont-elles pas été testées de la sorte pour le plus grand bien des malades ?

## ELECTROENCEPHALOGRAMME (EEG)

L'*EEG* est une méthode d'exploration du cerveau que les psychiatres utilisent volontiers, surtout ceux qui pensent que la maladie mentale n'est qu'une maladie cérébrale d'origine organique.

Découverte en 1924 par un médecin allemand, Hans Berger, la méthode consiste à enregistrer au niveau du scalp des courants électriques issus du cerveau. De même que

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

le fonctionnement du cœur peut être étudié par l'*électrocardiogramme*, l'*EEG* est un bon reflet de celui du cerveau.

La méthode est parfaitement indolore. Seul le port du casque qu'on vous met sur la tête pour l'enregistrement peut entraîner une certaine gêne. Il remplace parfois le collage fastidieux d'une douzaine d'électrodes sur le cuir chevelu. Pour faire un *EEG*, on ne rase ni ne coupe les cheveux. On se rend dans un laboratoire, on s'installe confortablement dans un fauteuil ou on se couche sur un divan, les électrodes sur la tête. On est relié à un gros appareil d'enregistrement situé dans la pièce voisine, séparée habituellement par une vitre qui permet l'observation du sujet. Pour obtenir un tracé plus précis, on vous soumet à quelques petits exercices (indolores et sans danger), comme de respirer rapidement, pendant plusieurs minutes, de regarder une lumière clignotante, de fermer, et de rouvrir les yeux, de réagir à un coup de sonnette, etc. L'activité électrique de milliers de cellules nerveuses doit être considérablement amplifiée, pour être enregistrée par chacune des électrodes sur un tracé de plusieurs mètres de long qui est ensuite soigneusement étudié par un spécialiste. Que peut-il y découvrir ?

Un tracé normal, ça n'existe pas. Ce qui peut laisser songeur quant à la définition même de la normalité psychique...

L'*EEG* est surtout utile pour découvrir une *épilepsie*, une tumeur dans le cerveau ou les conséquences d'un gros choc sur la tête (accident de voiture ou de sport). Il sert aussi dans des maladies du cerveau plutôt rares, comme la *syphilis* ou l'*artériosclérose*. Enfin, il est couramment utilisé à l'hôpital psychiatrique avant et après une cure d'*électrochocs*, pour étudier le sommeil des malades ou pour surveiller la *chimiothérapie*.

Si donc on vous parle d'*électroencéphalogramme*, à l'hôpital psychiatrique ou ailleurs, il n'est pas possible de savoir a priori pour quelles raisons le médecin songe à cette méthode d'exploration de votre cerveau. Il ne faut pas vous inquiéter et penser qu'il craint la présence d'une tumeur ou qu'il va vous soumettre à des électrochocs. Le mieux est de demander au médecin ses raisons.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### ENFERMEMENT

L'enfermement, c'est la privation de liberté. On pourrait aussi dire incarcération ou séquestration, mais ces mots sonnent mal. Le concept d'enfermement a deux corollaires : celui *d'isolement*, considéré comme un traitement et celui *d'internement* qui est une mesure politique et administrative puisqu'elle est fondée sur une loi (selon les pays, la mesure est administrative, judiciaire, médico-administrative ou médico-judiciaire).

La société justifie l'enfermement par la notion de danger. Elle cherche à se protéger de ses « *fous dangereux* », bien contente d'apprendre des psychiatres que priver les gens de liberté est une thérapeutique !

Le psychiatre, lui, le justifie par une entourloupette : la *folie*, c'est déjà une privation de liberté, interne, intrapsychique, intérieure et intériorisée... Dans un tel contexte, l'enfermement est peu de chose, seulement une privation de liberté venant de l'extérieur.

Lorsque j'enferme un fou, se dit-il, je ne peux, en toute logique, le priver de liberté, puisque la folie, sa maladie, la lui a déjà fait perdre ! En fermant à clé la lourde porte de la cellule, il songe calme et sûr de lui :

« Comment pourrais-je dépouiller quelqu'un de quelque chose qu'il a perdu depuis longtemps ? »

Mais déjà des coups sourds de protestation résonnent contre la porte qu'il vient de verrouiller, et le tirent de ses rêveries. Alors ?

Alors, il y a « quelque chose qui cloche » ! Alors, ce « sacré fou » n'a pas perdu toute notion de liberté puisqu'il proteste contre son enfermement, et avec quelle véhémence !

De quelle liberté parlons-nous, Messieurs les Psychiatres ? De celle que le *fou* aurait égarée au cours de sa maladie, ou de celle que le psychiatre a perdue depuis longtemps dans les profondeurs et les méandres de ses motivations à pratiquer ce métier ? Quelqu'un a écrit : La liberté, c'est être capable de choisir ses options. Les psychiatres ont-ils choisi en toute liberté de devenir psychiatres ? Pourraient-ils, par exemple, cesser demain d'exercer leur métier ? Pourraient-ils simplement rompre le silence qui s'ins-

## DICIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

talle dans leur cabinet ? Pourraient-ils, oseraient-ils, toucher leur patient ?

Messieurs les psychiatres, coupez barbes et moustaches, vendez votre divan, cédez votre pouvoir. Allez ! vous qui êtes libres, recyclez-vous dans l'enseignement, la police ou l'agriculture. La liberté des psychiatres fait sourire, comparée à la liberté de certains *fous* qui osent, eux, parler et exister, dire tout haut à la société ce que les psychiatres rêvent avec confusion dans la moiteur de leur chambre à coucher. Allez, la liberté est chose difficile. On ne peut, à tout bout de champ, l'invoquer, pour l'ôter, ou le peu qui en reste, à nos frères humains. En son nom, comme disait Robespierre, ne commettons-nous pas les pires crimes contre l'homme ?

Il est vrai que certains patients, englués dans leurs processus intrapsychiques, peuvent avoir perdu une certaine liberté, mais bon nombre de psychiatres, empêtrés dans leur jargon, leurs techniques et leurs dogmes psychanalytiques, en sont à un stade beaucoup plus avancé de non-liberté ! Il faut leur contester le droit de juger de la liberté des autres et leur ôter le pouvoir d'enfermer les gens.

Chaque fois qu'un psychiatre enferme quelqu'un au nom de la liberté, me revient à l'oreille l'énorme éclat de rire d'un *fou* libéré, qui entendait un personnage triste, vêtu de noir, figé dans son corps et dans sa tête — un professeur de psychiatrie — lui demander doctement : « Souffrez-vous de pollutions nocturnes ? » !

Enfermé, bouclé dans une cellule, pour cause de manque de liberté, le patient, soigné, médicamenté, en ressort quelques semaines plus tard guéri, l'ayant retrouvée. De quelle liberté s'agit-il cette fois ? De celle de se savoir malade mental atteint de *névrose* ou de *psychose*, de celle d'aller consulter un médecin à l'extérieur, de celle de prendre régulièrement des pilules ou des injections, de celle de revenir spontanément à l'asile, dès que ça ne va plus dehors...

Oui en voudrait, de cette liberté-là ?

Pourtant les psychiatres travaillent au nom de cette liberté car plus de **90 % des patients qui sortent de l'asile, « guéris », n'ont plus d'autre choix que de poursuivre leur carrière psychiatrique.**

ENTREE VOLONTAIRE

Le patient qui a demandé ou a consenti à être admis dans un hôpital psychiatrique a fait une « entrée volontaire ». C'est l'admission ou *le placement libre*.

Cette formule d'hospitalisation n'est régie par aucune loi et donne la possibilité au malade de se faire soigner totalement librement, s'il le désire.

Dans de nombreux pays d'Europe (Angleterre, Pays-Bas, Scandinavie) cette formule de soins est la plus commune et la plus « normale ». Mais, dans de nombreux hôpitaux de Suisse, de France et de Belgique, l'hospitalisation forcée, l'internement régi par la loi, représente encore la majorité des entrées hospitalières.

**D'ailleurs, la personne qui rentre librement à l'hôpital psychiatrique, sous le régime de l'entrée volontaire ou du placement libre, n'est pas pour autant assurée d'en sortir de la même façon.** La loi donne au médecin la compétence d'interdire la sortie d'une personne qu'il tient pour non guérie ou dangereuse.

Les médecins doivent faire modifier le régime de la personne dont ils n'autorisent pas la sortie en transformant l'admission libre en internement. Un certificat médical d'internement est alors nécessaire, provenant soit du médecin traitant qui connaît le malade, soit de l'autorité de surveillance<sup>70</sup>.

Dès lors, une personne entrée en toute liberté, ne peut sortir de l'hôpital qu'avec le strict accord des médecins.

La compétence donnée aux médecins de contrôler la sortie de certains malades alors qu'ils n'ont rien à dire pour leur entrée, est quelque peu choquante et contradictoire. Les médecins estiment probablement que leurs traitements et leurs conditions d'hospitalisation peuvent rendre les gens si malades qu'ils perdent en quelques semaines leur capacité de jugement ! Ou les services ouverts et les admissions dites libres ne sont-ils là que pour appâter les malades, comme de vulgaires « souricières-à-internés » ?

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### ENTRETIEN

L'entretien psychiatrique, ou thérapeutique, est ce qu'offre la plupart du temps un psychiatre en guise de *psychothérapie*. Comme c'est un grand spécialiste, il se fait payer cher, et comme on ne saurait demander beaucoup d'argent pour quelque chose d'ordinaire, on appelle cela une *psychothérapie*.

Un entretien psychothérapeutique est une conversation, minutée, entre deux personnes que sépare un bureau, une table ou une montagne de connaissances. Le psychiatre *sait* et le malade *parle*. Donc le psychiatre se tait. Qui se tait, pense le malade, en sait beaucoup. Qui a l'avantage du savoir, pense le psychiatre, établit une *relation de neutralité* donc « fait une psychothérapie ».

Le psychiatre craint d'entrer en relation et le malade est piégé dans cette pseudo-relation.

Durant l'entretien, le psychiatre a plusieurs préoccupations qui s'échelonnent ainsi, de la plus forte, la plus préoccupante, à la plus faible, la plus banale :

1. se protéger
2. se faire du bien
3. se tenir les coudes avec tous les p'tits copains, et surtout ceux de la chapelle analytique
4. étonner le malade par de brillantes interventions qualifiées d'interprétations
5. s'étonner de pouvoir étonner
6. dominer le malade
7. comprendre le malade
8. aider le malade.

Il cherche surtout à vous surprendre et à vous désarçonner par sa perspicacité. Il administre, par petites touches, des microélectrochocs verbaux du genre : « Pourquoi me parlez-vous de votre mère avec cette expression de victime ? » ! ou, à l'étudiant en médecine : « Il me semble que, pour que vous veniez de mentionner votre intérêt pour la structure anatomique de la rate, vous vous considérez-vous-même comme un raté... ! » On reste éperdu d'admiration devant cette finesse d'analyse lacanico-comique...

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Messieurs les Psychiatres, puisque le désir est à la mode, parlons-en !

**Quel est le désir du psychiatre ? celui du serviteur (*therapeuein* = servir) ou celui du maître ?**

### EQUIPE

L'équipe de soins réunit des personnes (entre 8 et 20 environ) qui travaillent à la même tâche thérapeutique et unissent leurs efforts dans le but commun de soigner des gens qualifiés de malades mentaux.

A l'hôpital psychiatrique, elle est habituellement centrée sur un pavillon (ou un service). Elle comprend des *infirmières* et *infirmiers*, des *assistants sociaux* et *ergothérapeutes*, des *médecins* et *psychologues*, des *sociothérapeutes*, un *aumônier*, parfois des élèves, *stagiaires* ou *étudiants* de chaque spécialité, parfois aussi le personnel de maison responsable du nettoyage.

A l'extérieur de l'hôpital, dans les quartiers et pour les soins ambulatoires, elle est centrée sur un secteur. Elle comprend moins d'infirmiers et d'infirmières, mais davantage de travailleurs sociaux. Tout le principe de la psychiatrie de secteur (continuité et unicité des soins), donc de la psychiatrie dans la communauté, repose sur l'équipe de soins. De même, à l'hôpital, la communauté thérapeutique est fondée sur une équipe solide, ayant résolu ses conflits, ses contradictions et ses scissions.

L n'y a pas de soins efficaces sans une bonne équipe qui s'entend et qui se parle. Grâce à elle, bien des choses se passent dans un pavillon, des mots passent simplement des malades aux soignants.

A l'heure actuelle, la psychiatrie est ignorante. Pour venir en aide à ceux qui le lui demandent, il n'est pas concevable d'envisager les soins autrement que dans une approche pluridisciplinaire (sociale, médicale, ergothérapeutique et sociothérapeutique) que l'équipe concrétise et symbolise.

Toutefois, comme elle doit estomper la hiérarchie pour bien fonctionner, il y a danger potentiel pour l'institution psychiatrique, pour le directeur et tous ceux qui s'y préoccupent de pouvoir et d'autorité.

Les malades et le personnel soignant aspirent au travail

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

en équipe et en profitent. Les directeurs d'asiles eux ont toujours manœuvré pour l'empêcher et le freiner, si le médecin ne restait pas le chef absolu de l'équipe !

### ERGOTHERAPIE

L'ergothérapie, ou *thérapie* par le travail, ou travail thérapeutique, est une bonne vieille technique que les historiens de la psychiatrie font volontiers remonter, sinon à Galien, du moins à Pinel : «... Dans tous les asiles publics, comme les prisons et les hospices, le plus sûr et peut-être l'unique garant du maintien de la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre, est la loi d'un travail mécanique, rigoureusement exécuté. »<sup>n</sup> D'autres la font remonter à Hitler, en qui ils reconnaissent un très grand ergothérapeute avec sa formule-magistrale, peinte sur le portail de Dachau : « Arbeit macht Freud »...

Pour Bleandonu<sup>72</sup>, à partir de 1945, *l'ergothérapie* constitue l'un des principaux, sinon le principal agent de la « révolution psychiatrique ».

On s'est donc mis à aménager dans chaque pavillon, dans chaque service de l'asile, des ateliers *d'ergothérapie*. On a engagé ces nouveaux révolutionnaires de la psychiatrie qu'étaient les *ergothérapeutes*, hâtivement formés parmi le personnel infirmier.

L'atelier est un lieu extrêmement agréable où il fait bon passer un moment pour discuter. Le malade s'y rend moins pour faire un objet ou triturer de la matière, que pour communiquer avec d'autres patients ou avec des soignants. Ce qui se fait là n'a pas tant d'importance. C'est plutôt le reste, la relation qui compte. Et les ergothérapeutes, arrivés depuis peu en psychiatrie, ne s'embarrassent pas de relations compliquées avec les malades. Avec eux, ils élaborent différentes activités et les aident à les mener à bien.

La relative extraterritorialité de l'atelier *d'ergothérapie* peut créer, surtout dans des équipes qui se parlent peu, comme une opposition, un conflit entre les ergothérapeutes et le reste du personnel infirmier. Ces personnes se jaloussent et luttent pour avoir du pouvoir sur les patients.

Une bonne équipe soignante absorbe rapidement ces

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

conflits et s'en trouve soudée. Une mauvaise les perpétue et fait du mauvais travail.

Comme les ergothérapeutes n'ont pas la longue histoire et le lourd passé des infirmières et infirmiers en psychiatrie, ils portent sur l'asile un regard critique et ne se privent pas de faire connaître leur avis. C'est très mal vu de la direction, qui estime que les ergothérapeutes et les assistants sociaux sont des travailleurs qu'il faut surveiller de près !

Ainsi la direction nomme un médecin chef responsable des ergothérapeutes, pour les contrôler, et maîtriser leurs désirs de changement et leurs velléités révolutionnaires. Souvent il ne connaît rien à l'*ergothérapie*, ni au travail manuel, ce qui ne l'empêche pas de se répandre en théories, psychanalytico-comiques de préférence, sur le sens et le but de l'*ergothérapie*. A défaut d'être compris, il reste le chef et, pour la direction, c'est tout ce qui compte.

**Les ergothérapeutes**, qui n'ont pas les yeux dans leur poche, en sont conscients, s'organisent pour préserver leur autonomie et leur espace, et grâce à cela, **peuvent faire beaucoup pour les malades mentaux.**

## ESTHETICIENNE

De longue date, les psychiatres se sont intéressés au corps de leurs malades et particulièrement à leur peau. L'ont-ils assez, pendant des années, douchée, baignée, faradisée<sup>73</sup> cautérisée, frictionnée, incisée, irriguée, flagellée, scarifiée !

Ils ont même inoculé la gale à leurs malades, appliqué sur leur peau n'importe quoi, du poil à gratter aux sangsues et aux orties, en passant par les produits chimiques appliqués en cataplates, sinapisme et vésicatoires, des lotions froides ou chaudes, des ventouses, sans oublier la tétrabdelle : on provoquait une saignée sur le visage en appliquant au niveau des pommettes, parfois sur la nuque, un instrument comportant 32 lames d'acier qui « laboure le visage » comme l'écrit le Dr Hamon, (1871).<sup>74</sup>

Les psychiatres continuent à s'activer sur la peau de leurs malades. Ils pensent maintenant que des soins esthétiques du visage pourraient « leur faire du bien ». Comme pour les casques et le scalp (voir coiffeur), on peut, dans la même journée, subir différentes interventions au niveau

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

de la peau : *pack* à 8 heures, massage à 11 heures et passage chez l'esthéticienne à 16 heures.

Cette dernière « refait » le visage des malades, avec une préférence pour celui des dames.

Les *neuroleptiques* bouffissent le visage, les mains de l'esthéticienne refont une peau belle, lisse et tendue. Pour sûr, les psychiatres ont de la finesse, jusqu'au bout des doigts !

### ETUDIANT

Lorsque l'hôpital psychiatrique, rattaché ou non à l'Université, se préoccupe d'enseignement, on peut y rencontrer des étudiants en médecine, des stagiaires ou des élèves en psychologie, en soins infirmiers, en ergothérapie, service social, etc.

On les trouve également dans les centres de santé mentale ou autres dispositifs du secteur.

Les étudiants et stagiaires peuvent assister, en principe, aux *présentations*, aux *cours* et aux *colloques*. Ils ne portent généralement pas de blouse blanche. Il n'est pas facile de les reconnaître, à moins qu'ils ne se comportent déjà comme de petits médecins, de futurs chefs ou de grands patrons en puissance. Ce qui n'est pas fréquent, car à l'asile les étudiants sont plutôt inquiets. Comme les fous, ils sont sur leurs gardes.

Il peut être désagréable d'être interrogé par une étudiante, un étudiant, un groupe d'étudiants ou de stagiaires, que ce soit en petit comité ou à l'amphithéâtre, lors **d'un** cours devant une vaste audience.

**Dans ce cas, vous pouvez toujours refuser.** Votre droit le plus strict de patient est d'accepter ou de refuser de participer à l'enseignement. Vous pouvez faire valoir vos convictions personnelles, vos émotions, votre timidité, le respect du secret professionnel, etc. **Si le responsable de l'enseignement n'en tenait pas compte et en arrivait à vous faire céder, allez à la présentation ou au cours, et là, dites haut et clair que vous êtes venu contre votre gré et que vous aimeriez quitter la pièce.** Les étudiants, sensibles ou pas trop « salauds », prendront votre défense et vous aideront à faire respecter vos droits.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### EVASION

Du moment qu'il y a dans ce petit guide une rubrique : *enfermement*, la logique veut qu'il y en ait aussi une : *évasion* !

D'ailleurs l'*évasion* ou plutôt sa prévention et sa sanction sont prévues dans la plupart des lois concernant les aliénés.

L'évasion, c'est la sortie, le départ de l'asile, malgré l'opposition du médecin et du personnel... Pas facile si l'on est en pavillon fermé, car il faut disposer d'une clé, mais pas impossible. Qui veut vraiment quitter l'asile y parviendra ! Encore faut-il savoir où aller en sortant, qui l'on trouvera dehors, si on a un lit, un travail, des amis. Sans un point de chute, l'évasion risque de mal se terminer et de provoquer un « retour ». Il en va de même de la fugue, généralement moins bien préparée.

En cas de retour à l'hôpital après une fugue ou une évasion, **un nouveau certificat médical n'est pas nécessaire pour être réaccepté**. Le même visa d'entrée est toujours valable.

### EXPERIMENTATION

La psychiatrie étant pour certains (!) une branche de la médecine, et la médecine — c'est bien connu — une science expérimentale, donc fondée sur des connaissances acquises par une longue pratique et une observation prolongée, on trouve des expérimentateurs et des chercheurs parmi les psychiatres comme parmi les chirurgiens et les pharmaciens. Que peuvent-ils bien chercher ?

D'abord, ils cherchent des gens qui accepteraient de se prêter à leurs expériences ! Et qu'en font-ils ? Des objets, c'est-à-dire des objets de recherche. En psychiatrie, il faut distinguer la *recherche hospitalière* de la *recherche extra-hospitalière*.

En dehors de l'hôpital, l'expérimentation porte avant tout sur les effets des médicaments. Le chercheur constitue habituellement deux groupes de patients souffrant de la

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

même maladie. Au premier, il administre soit un médicament dont il connaît bien les effets, soit un placebo. (Une pilule qui n'a aucune action pharmacologique et ne contient que des produits inertes). Au deuxième, il donne le médicament qu'il veut tester. En comparant statistiquement l'évolution des deux groupes, le chercheur peut mesurer les effets bénéfiques ou non d'un nouveau produit. D'habitude, le patient ne sait pas quel type de pilule il reçoit, souvent le chercheur ne le sait pas non plus, afin qu'ils ne soient ni l'un ni l'autre influencés lors de l'évaluation des résultats. Une telle recherche s'appelle « test à double insu » ou « à double aveugle ». Les chercheurs peuvent aussi s'intéresser aux raisons qu'ont les gens de consulter, ce qu'ils attendent d'un psychiatre, etc. Ces recherches-là relativement bénignes se font à l'aide de questionnaires et d'entretiens.

A l'hôpital psychiatrique, il en va différemment. Les chercheurs y font preuve d'une grande imagination. Souvent aussi, d'une grande ambition. Ils espèrent dénicher dans le cerveau de leurs malades, la cause des grandes maladies mentales, et du même coup la réputation, la gloire, peut-être même le Prix Nobel... ! Chaque jour un psychiatre devient fameux en annonçant, qu'il a découvert la substance responsable de la *schizophrénie* !

Pour ces découvreurs de génie, il s'agit de mettre en parallèle un « tableau psychiatrique bien défini » et un dosage non moins bien défini d'une substance X dans le sang, dans l'urine, dans le liquide céphalorachidien, dans le cerveau ou à tout autre endroit du corps de leurs patients. Obtenir un échantillon de l'une ou l'autre de ces humeurs est une des difficultés à résoudre.

Jusqu'à maintenant, le résultat de ces recherches biologiques est fort controversé. Pour certains, elles touchent au but, pour d'autres, c'est de l'énorme foutaise... Difficile de se faire une idée. Apparemment, l'un d'entre eux a parfaitement résumé la situation, par une déclaration fracassante<sup>75</sup>. Ce neuropsychiatre, *organiciste* et grand *chercheur* de surcroît, a dit, avec cette perspicacité qu'on lui connaît : « A l'heure actuelle, nous connaissons de mieux en moins (sic !) l'armement biologique de base des grandes *psychoses* de l'homme ! » Les psychanalystes ne se sont pas remis de ce lapsus !

## *DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

Pour vous, il faudra décider si vous voulez participer à l'une ou l'autre de ces recherches. Personne ne peut vous y contraindre. Vous avez droit à toutes les informations, sur le but, les moyens employés et les conséquences éventuelles de l'expérience.

Vous êtes plus vulnérable que d'autres patients, et, de ce fait, devez bénéficier d'une protection particulière. Celle-ci est fondée sur trois règles fondamentales : liberté totale d'accepter ou de refuser de participer, après avoir reçu une information aussi complète que possible ; les bénéfices retirés de l'expérimentation doivent être supérieurs aux risques encourus ; l'expérimentation ne doit présenter aucun danger ni n'entraîner aucune souffrance.

Si, pour une raison quelconque, vous êtes déclaré irresponsable, l'autorisation de participer doit être donnée par votre représentant légal ou par vos proches. Il n'est pas tolérable que le médecin lui-même, responsable de la recherche, vous déclare irresponsable.

Enfin, lors de la publication scientifique des résultats et de votre histoire personnelle, par exemple, vous avez droit au strict respect du secret médical.

En matière d'expérimentation psychiatrique, il faut être réellement aux aguets, surtout pour toutes les recherches qui se déroulent à l'intérieur de l'hôpital. **Il n'est pas facile de s'y soustraire. Cela fait pourtant partie de vos droits : toute recherche doit, à plus ou moins long terme, améliorer votre souffrance et celle des autres malades. Si vous n'avez pas l'impression que l'expérience va dans ce sens, renoncez.**

Un grand patron m'expliquait récemment :

« Ne croyez pas que l'on procède en psychiatrie comme dans d'autres domaines de la médecine. Ici, les malades n'ont pas leur libre-arbitre. Il faut donc les convaincre et j'attends de vous, comme de tous mes collaborateurs, que vous participiez à mes efforts pour trouver des sujets d'expérimentation. »

De quoi rêver... et évoquer certains cauchemars totalitaires de la première moitié du siècle...

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### EXPERTISE

Il arrive que des psychiatres fonctionnent comme experts près des tribunaux, dans des causes civiles (*tutelle* ou *curatelle*) et pénales (*délits* et *crimes*).

La relation *psychiatrie-justice* n'a pas fini de soulever d'intéressantes questions, d'autant plus qu'elle n'est qu'une caricature d'une autre qui nous touche tous quotidiennement, la relation *psychiatrie-société* ou *psychiatrie-politique*.

La *justice* a rendu d'assez louables services à la psychiatrie (le procureur général ne se porte-t-il pas garant de la légitimité des mesures d'internement « prescrites » par les psychiatres ?) pour que les psychiatres acceptent à l'occasion de « donner un coup de main » aux magistrats.

Or, cette « collaboration » ne va pas du tout de soi. La plupart des psychiatres y répugnent d'ailleurs radicalement. Ceux-là mêmes qui internent et imposent des thérapies à leurs patients à tout bout de champ, ces psychiatres d'hôpitaux, qui ne ressentent aucune contradiction à travailler dans des établissements surveillés par le procureur général, se mettent à bouder si on leur demande de fonctionner comme experts près des tribunaux. Ils ont des tas de bonnes excuses (le travail qui les retient, le temps qui leur manque, etc.) pour décliner la désignation des magistrats. D'autres déclarent que, tombés une fois « dans le piège », on ne les y reprendra plus. Ces chères âmes font allusion à certaines audiences de cour d'assises où ils furent un peu malmenés par les magistrats, et même, ô horreur, tournés en ridicule et publiquement, par certains avocats mordants, un peu trop lucides, qui leur ont fait dire ce qu'ils voulaient taire et les ont empêchés de déclarer ce qu'ils avaient mûri de longue date dans un fort brillant rapport d'expertise... En général, ils détestent qu'on se moque d'eux, surtout en public !

D'autres, rares, sont devenus des professionnels de l'*expertise médico-légale*. Ils aiment les prétoires et mettent, grâce aux honoraires de l'expertise, un peu de beurre sur leurs épinards. Ils en profitent aussi pour étancher un peu leur soif de pouvoir et d'autorité en collaborant « au maintien de l'ordre et de la justice, et à la protection de la

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

société ». Il semble donc que tous les autres, qui ne font pas d'expertise psychiatrique, mais internent et traitent à tour de bras, ne défendent pas les intérêts de la société et restent totalement neutres !

Les questions soulevées par la relation psychiatrie-justice ont été fort bien résumées par Miéville<sup>76</sup>, dans un article au titre éloquent :

« Quelle *psychiatrie*, quelle *justice* voulons-nous ? »

Quand Miéville emploie le mot « justice », on peut penser « société », et quand il emploie le mot « crime », ne peut-on pas le remplacer par celui de « *maladie mentale* » ?

« Il existe, écrit-il, un consensus tacite qui soulage la *justice*, tranquillise l'opinion publique qui imagine que l'appréciation des causes d'un *crime* se fait de façon scientifique et non plus subjective et flatte le narcissisme des psychiatres à qui l'on confère le pouvoir... », et il ajoute :

« La responsabilité ne peut être appréciée qu'à travers la subjectivité de chacun... L'appréciation de la responsabilité pour le psychiatre est aussi subjective et personnelle que celle de tout laïc, influencé en particulier par ses positions propres qui sont d'ordre professionnel (selon une formation plus ou moins biologique, psychiatrique classique ou psychanalytique), social et politique. »

Que pense-t-il de l'appréciation subjective et personnelle de la norme en matière de santé mentale et de l'influence des positions professionnelles du psychiatre dans ce domaine ?

« L'expert, ne peut pas intervenir au service de la justice dans le rôle ambigu qu'on voudrait lui faire jouer d'arbitre entre l'accusation et la défense... »

Et le psychiatre, doit-il intervenir au service de la société ou des malades ? Miéville répond clairement : « Inévitablement, l'expert psychiatre ne peut qu'être au service de l'accusé. » De même que le médecin-psychiatre, dans son rôle ambigu, ne peut être qu'au service du malade.

**Si ce n'est pas à l'expert psychiatre à porter un jugement en déclarant son patient plus ou moins responsable, ce n'est pas non plus au psychiatre à décider si son patient, plus ou moins malade, doit être plus ou moins enfermé à l'asile psychiatrique.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### FAMILLE

Si « *Dieu* est mort » avec Nietzsche à la fin du xix<sup>e</sup> siècle, la *famille* n'a pas tardé à le suivre au tombeau, morte avec Cooper, moins d'un siècle plus tard<sup>77</sup>. Il y a d'ailleurs une certaine relation de causalité entre ces deux décès. *Dieu* avait besoin de la *famille* pour germer dans les esprits purs et crédules des enfants. La *famille* avait plutôt besoin de *Dieu*, ou d'un fort papa qui le représente, pour rester vigoureuse et unie. L'exclamation de Cooper, comme celle de Nietzsche, est-elle un constat lucide ou un puissant désir ?

À l'aube de son troisième millénaire, l'humanité judéo-chrétienne a-t-elle vraiment liquidé et *Dieu* et la *famille* ?

Qu'elle fabrique le *fou* ou qu'elle assiste passivement à son développement, elle lui est de toute façon étroitement liée. Pas une seule personne, qualifiée de malade mentale, qui n'ait souffert de sa *famille*. Pire, plus lourde est l'étiquette qu'elle porte (*psychose*, *schizophrénie*), plus perturbée est la *famille* dont elle est issue.

Tout un courant de la psychiatrie et de l'antipsychiatrie s'est donc penché sur la *famille* pour étudier son fonctionnement et interroger sa responsabilité dans la fabrication des *fous*. Cette démarche n'avait d'intérêt que si elle refusait d'éluder ces deux questions fondamentales :

1. Pourquoi existe-il des *familles* complètement *folles* et perturbée, dans lesquelles on ne tiendrait pas une journée, qui ne fabriquent pas de *fous* ?
2. Quel intérêt y a-t-il à responsabiliser et culpabiliser une *famille* d'apparence « saine et normale » qui s'est guérie en excluant l'un des siens à l'asile psychiatrique ?

Un courant de la psychiatrie, qualifié de social, peut sans doute répondre à ces deux questions, lui qui abandonne de plus en plus le concept de maladie mentale au profit d'une pathologie des relations interpersonnelles. Sullivan, l'un de ses plus brillants représentants, estimait qu'« elle est bien plus l'étude de relations interpersonnelles perturbées plus ou moins clairement cristallisées à l'intérieur d'une personne, que l'étude impossible d'un individu souffrant d'une maladie mentale.<sup>78</sup> »

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**La folie naît de la conjonction de deux systèmes particuliers, le système familial plus ou moins perturbé et celui d'un individu plus ou moins fragile.** Dans la genèse de la *folie*, il n'y a de responsable que la communication qui s'établit entre ces deux systèmes. L'étude de la *famille* aboutit, actuellement, à la thérapie de *famille*, technique efficace, si elle parvient à donner sens et signification à la *folie*.

### FEMME ET PSYCHIATRIE

« La femme d'âge moyen, la plus représentée dans les asiles, qui, au cours de sa vie a été nature, corps pour les autres et mère, n'a pas devant elle beaucoup de choix. Elle ne sait pas ce que veut dire « *Vivre pour elle* », elle n'a pas cultivé, parce que cela lui a été interdit, des intérêts en dehors du noyau familial, elle n'a pas de futur devant elle, elle ne comprend pas la réalité sociale dans laquelle elle n'a jamais eu de poids et qui n'a jamais tenu compte de son existence. Son corps, qui n'a jamais existé pour elle, n'existe maintenant même plus pour les autres. Comment peut-elle réagir à cette paupérisation totale, alors qu'elle est la proie d'une nature qui lui est ennemie, alors qu'elle est entourée d'un vide ou d'un monde hostile où elle n'a ni lieu, ni signification ? La manière la plus usuelle de réagir est de disparaître ou de sombrer dans une dépression sans issue, qui est le résultat de l'exaspération de l'attitude passive, autodestructive et autolésionniste considérée comme naturelle, mais en réalité imposée comme l'unique modalité de survie. »<sup>79</sup>

Franca Ongaro Basaglia

Près de deux tiers des voyageurs de la psychiatrie, des *fous* et des internés, sont des femmes. Cette constatation d'une extrême banalité est devenue fatalité. Nous ne reprendrons pas ici les nombreuses et excellentes analyses émanant des mouvements radicaux et de ceux de libération de la femme, des liens privilégiés tissés au cours des siècles entre la femme et la folie.

Mais nous rappellerons l'existence de ces forces d'attraction et de contrainte qui déterminent, dans un champ de

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

forces doublement polarisé, par les psychiatres et par les mâles, le mouvement privilégié de certaines personnes vers le pôle du féminin et celui de la *folie*. Les psychiatres polarisent sans cesse le champ du monde psychique : *le négatif à la folie, le positif à la raison*. Les hommes, les mâles ne les ont pas attendus pour polariser le champ de la vie et négativer la féminité...

Connaître ces forces, c'est aussi s'armer pour les combattre. Considérer les préjugés antiféminins, les partis pris et l'affreux sexisme des psychiatres et de leurs théories, ne peut de leur point de vue que faire honte. Mais, comme l'a dit Marx, « la honte est un sentiment révolutionnaire », et dans ce domaine, la révolution des idées est urgente.

Les psychiatres ont décrit toute une catégorie de maladies mentales qui n'affectent que la femme. De l'*hystérie* au *délire érotomaniaque*, de l'*abandonnisme* à l'*anorexie mentale*, de la *psychose hallucinatoire chronique* à la *psychose du post-partum*, de la *dépression de la grossesse* à la *dépression d'involution*, de la *frigidité* à la *nymphomanie*, se déroule la longue liste des préjugés des hommes envers les femmes, que les psychiatres n'ont fait que reproduire en les amplifiant.

*Femmes castrées* avec votre envie de pénis, *femmes passives* et *masochistes* avec votre faible sur-moi, *femmes clitoridiennes* avec votre sexualité infantile et prégénitale, ne vous laissez pas bourrer le crâne par les psychiatres ! Ils ne peuvent qu'ânonner, en toute bêtise, les idées et les théories d'un maître phallocentré (Freud) qui n'a pas su distinguer, dans la personnalité et la sexualité des femmes de son époque, les contraintes culturelles des contraintes biologiques. Et les femmes psychiatres, dans leur grande majorité, les femmes psychanalystes, bêlent de concert avec leurs collègues masculins pour que « papa Freud » les entende, au ciel des analystes, ou, à défaut, son représentant sur terre, le maître de la chapelle, tête pensante de la société psychanalytique locale, qui saura, espérons-le Mesdames repérer dans la cacophonie de ses supporters celles qui méritent leur grâce et un petit bout de leur phallus... !

La femme vit sa « *féminité* » et « fait » sa *folie* dans un double espace que l'homme et le psychiatre lui délimitent avec précision. Hors la passivité, la soumission et la douceur, la séduction et l'esprit de sacrifice, la prise



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

de conscience de son infériorité « naturelle », il n'y a pas de salut. Qui sort de ces schémas est immédiatement étiquetée de femme phallique, agressive, « refusant sa féminité », et... prise en traitement. Les hommes n'ont pas fini d'être des violeurs. Maintenant qu'ils risquent gros (quelques années de prison) à bousculer les femmes dans les fossés pour jouir subrepticement comme leurs bâtards kieu roquets, ils s'exercent au viol intellectuel, plus discret et moins dangereux, à grands coups de théories psychomachin-chose, qui ne salissent pas les mains et ne conduisent pas devant le juge.

Les psychiatres ont-ils jamais appris rien d'autre que ce que leurs théories leur avaient enjoint de croire ?

S'il faut se méfier de tout psychiatre, une femme devrait le faire doublement d'un psychiatre homme.

Faites-lui passer un petit test ! Qu'il réponde donc à votre question (attention, les psychiatres ne répondent jamais aux questions !) « Quelle différence voyez-vous Monsieur le Grand Psychiatre entre un homme et une femme ? » Est-il d'autre réponse que celle-ci : Il n'y a d'autres différences significatives que leurs organes génitaux ! Toutes les autres aussi éternelles, instinctives, inconscientes, fondamentales et biologiques qu'elles peuvent être, n'ont aucun sens, tant que socialement les femmes n'auront pas les mêmes chances et les mêmes espoirs que les hommes, tant qu'elles ne seront pas respectées comme les hommes, et tant que ces messieurs n'auront pas admis, selon l'excellente formule de Malraux, qu' « elles sont *aussi* des êtres humains »<sup>80</sup>.

Il n'y a pas plus de différence entre un homme et une femme qu'il n'y a de ressemblance entre deux hommes ou entre deux femmes. Ce constat est un préalable au dialogue authentique de la femme et de son psychiatre. Mais écoutez bien sa réponse : elle témoigne de ses préjugés, de ses partis pris, et de sa *névrose* ! Elle le démasque.

### FEU

Le risque d'incendie est la hantise des hôpitaux psychiatriques, un danger bien réel puisqu'il y a déjà eu de nombreux drames de ce genre, de par le monde.

En un sens, l'hôpital est un lieu dangereux en matière

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

d'incendie, car il concentre quantité de gens dans un espace restreint et clos et que très concrètement, on y *joue avec le feu*.

A deux niveaux. D'abord symbolique. Certains patients ont l'impression d'y mourir à petit feu, et comme ça n'est pas supportable, ils attisent la flamme et allument un *vrai feu*, quelque part dans l'asile, pour qu'on les voie enfin.

Puis, celui, très concret, de la cigarette. L'asile psychiatrique est sans doute l'endroit de la ville où l'on fume le plus de cigarettes au mètre carré. Parce qu'il n'y a rien d'autre à faire. Il n'est pas rare d'y trouver des patients, reconnaissables à leurs doigts jaunis, qui depuis des années fument de 2 à 4 paquets par jour.

Les responsables ont donc développé un service efficace d'alarme-feu et de lutte contre l'incendie. Dans les établissements modernes, des détecteurs qui se déclenchent à la moindre alerte (chaleur, fumée) ont été installés, parfois en communication directe avec la caserne des pompiers, qui envoie immédiatement ses gros camions rouges.

Ce système est si bien rodé que certains patients ne peuvent résister à l'envie de le tester : ils prennent une chaise et fument juste sous le détecteur d'incendie. Ils déclenchent ainsi l'alarme et enclenchent leur montre : 4 à 10 minutes plus tard, selon les embouteillages et leur diligence, les pompiers sont là, sous leurs fenêtres.

Lorsqu'on est interné, qu'on se sent tout petit, incapable de sortir et écrasé par l'impuissance, on peut trouver quelque plaisir à commander d'aussi puissantes, belles et grosses voitures rouges. Les pompiers pourtant commencent à « connaître la musique » : ils ont tendance à envoyer un petit fourgon en reconnaissance, avant de déclencher l'alarme pour de bon.

Faire accourir les pompiers, pour rien, c'est constater qu'il y a encore moyen d'être entendu. Le détecteur d'incendie, seul et ultime interlocuteur, répond. Il offre même en échange un peu de puissance. A cet égard, le service d'alarme-feu et de lutte contre l'incendie joue un rôle thérapeutique.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### FOLIE, FOU

La *folie* c'est la nudité de l'homme. Le *fou* est un humain comme les autres, mais sans vêtement, sans fard, sans artifice, sans comédie.

Il nous révèle ce que nous sommes. Ce que nous avons été, petit enfant, et ce que nous serons à l'agonie lorsque, dépouillé de tout, il ne nous restera plus que la *folie*. Les gens appellent « fous » ceux qui viennent leur rappeler leur grande fragilité, leur profond désespoir ou leurs peurs archaïques.

Tout homme est *fou*, toute femme est *folle*. Car tous les hommes et toutes les femmes sont pareils sous leurs vêtements et leurs artifices. Regarder la *folie*, c'est voir la misère commune des hommes, tous ces corps bouffis, bedonnants, secs ou gras, annonceurs des squelettes qui, partout, s'entassent sur la planète et lentement, très lentement, lui rendent leur phosphore.

Les asiles pour malades mentaux n'ont pas plus de sens que les grandes glaciers américaines où s'entassent, en hibernation, des cadavres surgelés rêvant, au ralenti, à la survie éternelle. Guérir la *folie*, guérir la *mort*, guérir la *nudité* !

Le *fou* est là devant nous, à nous regarder et à nous interpeler. De son délire, de son désespoir, de sa peur et de ses obsessions, il scrute et dévoile notre *folie*, recouvert par d'habiles maîtres tailleurs, l'éducation et la socialisation de l'homme. Il a sur nous un énorme avantage : il ne peut plus rien perdre, ni raison, ni illusions, ni préjugés, ni richesses. Car il n'a déjà plus rien de tout cela.

Et sa souffrance alors ? Sa souffrance, comme la douleur de la folie sont celles de l'homme et de la femme, qui se sont placés là, et sans pudeur, tremblant de froid et de peur au milieu des vêtus, des bien-au-chaud, des emmitoufflés, des encuirassés, des guindés, des encarcassés et des emmomifiés dans leur belle normalité.

Dire que la *folie* correspond à une grande souffrance n'a pas plus de sens que de prétendre qu'il est douloureux d'être sans vêtement. Pour la même raison d'ailleurs, la *folie* ne peut pas être toujours une grande joie, une grande fête.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Au rythme des saisons et des battements de la vie, elle doit, comme le corps, se recouvrir et se dévêtir. Sinon, quelqu'un ou quelque misère, s'en chargera pour nous.

**Il n'y a pas de guérison de la folie, puisqu'elle n'est pas maladie.** Mais il y a soulagement et acceptation de la misère humaine, ici ou là, aujourd'hui ou demain, comme vous, comme moi, tout nus à la surface de cette planète, *fous* insensés et aliénés aux lisières de la vie.

Image riche de symboles : dans la rue, dans la vie, croiser une personne sans vêtements ni protection c'est la reconnaître comme l'une d'entre nous, que nous côtoyons parfois au cours de nos rêves ou dans l'intimité de notre imaginaire. Le reconnaître non pas comme malade, mais l'accepter comme une personne humaine ne différant que par son aspect extérieur. Puis, lui proposer un peu de *nos* vêtements pour la réchauffer et la protéger.

Notre corps coupé de tout, de l'univers et des autres, par tant de barrières et de cuirasses reçoit le dépouillement du fou comme une provocation : regardez dit-il, j'ai osé ! mais j'ai peur...

Pour réunir le *fou* et l'univers, pour lui tendre la main, il faut devenir un peu moins normal, lui céder une partie de nos frusques et retrouver le bonheur du contact avec le monde, la nature et les hommes.

*Fou*, mon ami, tu viens nous rappeler tous les jours que nous étouffons sous des gravats de conformisme, que la *folie* est en chacun de nous, qu'elle fait partie du monde et qu'elle est comme la nudité des corps, ce qui nous effraie et nous fascine, mais surtout nous unit.

Qui osera prendre le miroir du monde et se voir tel qu'il est, *fou*, nu comme un ver ?

### FOYER PROTEGE

Le foyer ou logement protégé est un des nombreux dispositifs du secteur psychiatrique. Il s'agit, le plus souvent, d'un appartement en ville, qui peut accueillir de 6 à 12 personnes, pour une durée de quelques mois à quelques années. Pour ceux qui sont restés très longtemps à l'hôpital psychiatrique et qui souhaitent le quitter, le foyer est

## DICIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

une solution intermédiaire valable, avant la réintégration de leur domicile.

Ces *foyers* sont généralement ouverts dès la fin de la journée et jusqu'au matin. Les week-ends, toute la journée. Leurs locataires travaillent, d'habitude, ou fréquentent un *atelier thérapeutique*. Y vivent aussi ou y séjournent temporairement des soignants, travailleurs sociaux ou psychiatriques, dont la tâche est d'aider les pensionnaires à quitter progressivement l'asile et ses habitudes pour se réadapter à la société et aux difficultés pratiques de la vie à l'extérieur.

Pour qui n'en peut plus d'être à l'*asile*, le *foyer protégé* est un espoir de s'installer une fois dans son propre logement de façon indépendante et autonome.

## FUGUE

Quitter l'hôpital sans l'accord des psychiatres, qu'on y soit venu volontairement ou non, c'est « *faire une fugue* » !

En cas d'internement, un départ sans permission est plus qu'une fugue. C'est une *évasion*, d'ailleurs difficile à réaliser. *La fugue et l'évasion sont « punies » par la loi qui prévoit la réintégration, sans autre formalité, dans les trente jours après le départ, pour la sortie autorisée, et dans un délai de deux mois pour la fugue et l'évasion\**<sup>1</sup>. Cette différence de régime cherche sans doute à intimider le malade et l'engage à demander sa sortie poliment avant de *s'en aller*. D'autre part, en cas d'internement, la fugue peut être signalée à la police. Théoriquement, également en cas d'entrée volontaire, si les psychiatres estiment que votre état n'est pas compatible avec une sortie<sup>82</sup>.

Ils tiennent le désir de leurs patients de les quitter sans tambour ni trompette pour si exceptionnel qu'ils ont décrété que la fugue était anormale et pathologique. Exactement comme les parents constatant que leur cher petit s'en est allé, courent au commissariat le dénoncer et déclarer qu'il « leur a fait » une fugue, comme on leur « ferait un mauvais coup. » En réalité, les malades s'en vont simplement parce qu'ils en ont « plein les pattes et les genives » de ce prétendu traitement psychiatrique.

**A l'hôpital, la fugue est parfois l'ultime ressource de**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

**la personne qui sent le piège se refermer sur elle ; le seul acte de révolte contre l'esclavage des médicaments et des traitements de choc.** L'espoir de Tailleurs qu'il faut saisir, même si c'est puni d'avance. Après tout, les psychiatres surmenés ont beaucoup à faire et ne poursuivent pas toutes celles et tous ceux qui leur faussent compagnie.

### GERIATRIE

Les hôpitaux psychiatriques sont occupés pour plus de la moitié par des vieillards dont les troubles mentaux relèvent de la *psychogériatrie*.

La psychiatrie du 3<sup>e</sup> âge prend une importance de plus en plus grande, parce que le nombre des personnes de plus de 65 ans augmente d'année en année, que leur durée de vie s'allonge en même temps que la force de leur exclusion de la société.

Un vieillard présente forcément un ensemble de déficits physiques et mentaux. Mais, comme le rappelle Gentis, « ce n'est pas parce qu'il est vieux, que le vieillard est sénile »<sup>83</sup>. Le vieillard qui ne s'adapte pas aux conditions d'existence de son milieu doit être placé. Il se présente alors comme un infirme, dépendant de l'institution et présentant tous les signes de la sénilité.

La grande maladie mentale du vieillard est la *démence*, qui toucherait plus ou moins, croit-on, 10 % des personnes de plus de 65 ans<sup>84</sup>.

Les problèmes de la psychogériatrie sont encore plus complexes que ceux de la psychiatrie, mais ils sont moins à la mode. Il n'existe pas de mouvement d'antipsychogériatrie, parce que la vieillesse proche de la mort, apparaît comme une fatalité. Mais, l'exclusion des vieux de la société est un scandale qui remplit les asiles sans aucun espoir de jamais les fermer. De plus, le personnel soignant de *psychogériatrie* connaît des conditions de travail très pénible, proches de celles anciennes de la psychiatrie.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### GROSSESSE

Des problèmes de trois ordres différents peuvent surgir lorsqu'une femme enceinte rencontre un psychiatre, en plus de la situation déjà particulière de la confrontation femme et psychiatrie :

1. Le premier est lié non à la grossesse mais à son interruption, ou plutôt à son désir d'interruption. Il n'est pas rare qu'une femme enceinte doive subir un examen psychiatrique afin de déterminer si son état mental est compatible ou non avec une grossesse. Le psychiatre en jugera, comme il en a l'habitude, en toute subjectivité, et ce n'est pas l'état mental de la patiente qui tranchera mais l'impact que cet état a eu sur le psychiatre et sur tout, malheureusement, les opinions personnelles (ou l'absence d'opinions personnelles) du psychiatre sur l'avortement. *Le psychiatre qui examine une femme enceinte est dans la même situation que celui qui examine un criminel lors d'une expertise médico-légale.* Comme Miéville l'a fort bien précisé<sup>85</sup>, l'appréciation du psychiatre, dans ces conditions, est aussi subjective et personnelle que celle de tout laïc. Pour cette raison, il n'est pas rare (mais tout aussi scandaleux) que les psychiatres se mettent à faire la morale à leur patiente et à leur dire avec condescendance : « Ma petite, ne faites pas tant d'histoire, séchez vos larmes, un enfant, ce n'est pas si grave ; ça passe comme une lettre à la poste, et d'ailleurs ça vous fera beaucoup de bien... ! »
2. Le deuxième relève des maladies mentales qui peuvent survenir durant la grossesse. Pour beaucoup de femmes, c'est une période de *tension*, de *solitude*, de *situation d'abandon*, de surcroît de *fatigue*, d'*inquiétude* et de difficultés de tout ordre. Les gynécologues et les magazines féminins de tous bords se plaisent à décrire cette période de propos lénifiant du genre « La grossesse rend les femmes resplendissantes »... La réalité est souvent bien différente.  
Une quantité de problèmes intérieurs (angoisses de l'accouchement en perspective, réveil de ses propres problèmes d'enfance, conflit avec le partenaire, acceptation des modifications corporelles...) et des difficultés exté-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

rieures (argent, logement, réaménagement de l'existence...) peuvent précipiter une *dépression*. Juste après l'accouchement, un sentiment de vide et de désespoir, absolument normal, peut subitement s'aggraver pour aboutir à une peur panique de ce qui va arriver, une fuite dans le *rêve* et dans le *délire*, l'envie de rejeter l'enfant, de ne pas s'en occuper ou de le voir disparaître. Cet état qualifié par les psychiatres de « *psychose du post-partum* » doit être décelé à temps et, si possible, prévenu par un accouchement protégé dans la mesure du possible de tout traumatisme (informations complètes, contact étroit avec le bébé dès la naissance, présence du partenaire, éventuellement de la mère de l'accouchée, soutien psychothérapeutique tout au long de l'accouchement et du post-partum...).

3. Le troisième est lié aux *traitements psychiatriques* et notamment aux *médicaments* pendant la période de grossesse. Le danger provient surtout des *électrochocs*, des *neuroleptiques*, des *antidépresseurs* et du *lithium*. Pour les *électrochocs* il est impossible d'avoir des informations précises dans la littérature médicale. Les psychiatres qui clament leur innocuité affirment qu'ils sont également sans danger dans la grossesse jusqu'au 7<sup>e</sup> mois<sup>86</sup> ! Après, ils s'abstiennent, sans doute pour ne pas provoquer un accouchement intempestif. Pour le *lithium*, la position raisonnable peut se résumer ainsi : il est interdit, à cause des risques qu'il fait courir au fœtus, pendant les premiers mois de la grossesse et il faut être très prudent, ou mieux, éviter un traitement au lithium, avant le terme, pour protéger la femme (l'intoxication étant plus difficile à prévenir à ce moment-là) et pour empêcher une souffrance fœtale. De toute façon, le *lithium* ne doit être utilisé pendant la grossesse et surtout pendant l'allaitement (on le retrouve en partie dans le lait maternel) qu'en cas de stricte nécessité<sup>87</sup>.

Pour les *neuroleptiques*, aucun livre de psychiatrie ni de pharmacologie n'est formel à ce sujet. Depuis les « enfants-*thalidomide* » (il s'agissait d'un *somnifère* et *tranquillisant* qui, administré aux femmes enceintes, provoquait la naissance d'enfants sans bras ou sans jambe), chacun est prudent.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Les psychiatres ont l'habitude de dire et d'écrire que la *chlorpromazine*, à doses modérées, ne serait pas dangereux chez la femme enceinte<sup>88</sup>. Ils ne se prononcent pas pour les autres *neuroleptiques*, parce qu'ils ne savent pas.

Les fabricants de médicaments sont beaucoup plus prudents. On les comprend. L'affaire de la *thalidomide* a coûté très cher à la société qui les fabriquait. Pour tous les *psychotropes*, *neuroleptiques*, *antidépresseurs*, *tranquillisants* et *somnifères* ils utilisent la formule habituelle suivante : « Pendant les premiers mois de la grossesse, s'abstenir par principe de consommer ces médicaments, à moins que l'indication n'en soit formelle. Les essais sur l'animal n'ont fait apparaître aucune indice d'une action tératogène. » Ces conseils méritent d'être strictement suivis, même si les psychiatres sont d'un autre avis.

### GROUPE

La psychiatrie n'a pas deux siècles d'existence, et déjà l'édifice se fissure de partout prêt à s'écrouler !

Née avec les aliénistes de la Révolution française, elle s'est lentement constituée en une branche particulière de la médecine, traitant de « l'*aliénation* », puis de la « *maladie mentale* ». Les médecins psychiatres se sont institués spécialistes de la *folie* et constitués en société de défense de leurs intérêts !

Mais, en cette fin de siècle, ils ont été devancés par d'autres professionnels, *psychologues*, *sociologues*, *conseillers conjugaux* et *gurus* de toutes sortes, qui pratiquent essentiellement deux types de techniques d'assistance : l'approche corporelle et les techniques de groupe.

On peut dire que, sinon chaque jour, du moins chaque week-end, fleurissent dans nos villes d'Europe de nouveaux groupes<sup>89</sup> petits et grands, de recontre, d'épanouissement, de sensibilisation, Gestalt, de Bioénergie, d'analyse transactionnelle, AA, de « coconseil », de base, de psychodrame, de formation, de massage, de psychomotricité, de rolfing, tai-chi, day-top et synanon pour les toxicomanes, de méditation, de cri primai, etc. et j'en passe.

Par dizaines, par centaines, les gens s'adressent à ces nouveaux professionnels pour leur demander de l'aide ...

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

et l'obtiennent ! Les carnets de rendez-vous des psychiatres restent vierges, leur téléphone se tait. Le grand courant de la douleur de vivre et de la difficulté d'être s'écarte des spécialistes de l'étiquetage et des herboristes de la souffrance humaine. Les gens préfèrent aller vivre leurs peines dans des groupes, durant un week-end d'intense participation, plutôt que d'aller étendre leur souffrance sur le divan de *l'analyste* ou l'enterrer dans les dossiers et les cellules d'isolement des hôpitaux psychiatriques.

Les techniques de groupe datent des années cinquante environ.

Nées aux Etats-Unis, elles sont issues d'expériences et de recherches menées par des psychologues et des sociologues dont les plus connus furent Lewin, Moreno, Péris, Rogers, Schutz. Ces gens ne se préoccupaient pas des belles classifications des psychiatres ni de maladies mentales proprement dites. Mais ils savaient que le groupe représentait un instant privilégié pour étudier les relations interpersonnelles, leurs difficultés, leurs conflits et leur solution. Les psychiatres, qui ne sont jamais en reste, vite ressaisis, se sont initiés à ces techniques et ont commencé eux aussi à les appliquer. Relaxation de groupe, psychothérapie de groupe, psychodrame sont leur fief, car ils ont décidé que ces groupes-là étaient bons, mais les autres suspects, voire dangereux. En réalité n'en connaissant pas les techniques ils répugnent à voir d'autres qu'eux mener ces groupes avec habileté et efficacité... !

Pour une bonne part, la communauté thérapeutique est fondée sur la pratique des groupes et sur la démonstration que le psychiatre n'est pas et de loin, le seul thérapeute efficace. C'est pour cela, sans doute, que partout et toujours, certains psychiatres, imbus de puissance et d'autorité, ont attaqué, de front, ces communautés sans répit jusqu'à ce qu'elles s'écroulent. L'un d'eux, fort inquiet en situation de groupe, n'a-t-il pas accusé publiquement les groupes de la communauté thérapeutique de reproduire les confessions publiques et les autocritiques chères aux mouvements totalitaires<sup>90</sup>, alors que Rogers soupçonné d'organiser un complot nazi aux USA était accusé de procéder dans ses groupes de rencontre au lavage de cerveau et au contrôle de la pensée...<sup>91</sup> ?

HALLUCINATION

Les hallucinations sont pour les psychiatres une preuve indéniable de *folie*, comme la bave du chien l'est de la rage.

C'est pour cela qu'ils demandent avec insistance : « Entendez-vous des voix, est-ce un homme ou une femme qui s'adresse à vous ? Voyez-vous des bêtes qui grimpent sur votre lit ?... Admettre qu'on « *halluciné* », c'est être déjà à moitié *schizophrène*, et sûrement tout à fait *psychotique*.

Dans leurs rapports médicaux, dans leurs dossiers, sur les fiches qu'ils rédigent à l'admission, les psychiatres mentionnent et soulignent : hallucinations auditivo-verbales ou *cenestopathies* (espèces d'hallucinations sensorielles) ou hallucinations visuelles multiples... Cette observation subtile doit « mettre la puce à l'oreille » du médecin qui lira le document, lui qui n' « *halluciné pas* » et n' « *hallucinera jamais* » parce qu'il n'est pas *psychotique* !

La réalité est pourtant bien différente. Le verbe latin *allucinare* veut dire se tromper. Dans ce domaine, personne n'est à l'abri de ses sens. Personne, psychiatre compris, n'est protégé contre l'hallucination, cette tromperie sensorielle qui nous fait percevoir des choses qui n'existent pas en réalité. Il suffit d'être placé dans des conditions de survie difficile pour, tendu, angoissé et inquiet, se mettre à « halluciner ». Les navigateurs, qui traversent l'Atlantique en solitaires sur leur voilier, le savent bien : ils ont souvent des hallucinations, surtout lorsque la fatigue les prend dans le brouillard<sup>92</sup>.

Celui qui meurt de soif et marche dans le désert pour sauver sa vie est pris, à la faveur des phénomènes d'optique propres aux pays chauds, de véritables hallucinations visuelles : oasis, sources, points d'eau surgissent devant lui, offertes à étancher sa soif de survie.

Et qui n'a jamais eu l'impression, dans le demi-sommeil de l'endormissement ou du réveil, qu'il entend des bruits, qu'une partie de son corps se modifie, ou qu'il voit des scènes fantastiques se dérouler devant ses yeux ? Dès que baisse la vigilance, qu'augmente l'angoisse et que l'apport sensoriel diminue, des hallucinations peuvent surgir chez n'importe qui, pas seulement chez le *psychotique*.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Les malades soignés dans des locaux hermétiques et isolés du reste de l'hôpital sont en situation de privation sensorielle intense. Ils se mettent à « halluciner », comme le prisonnier mis au secret, ou le *fou* agité mis en isolement... Les nombreux patients, qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans les cellules que leurs réservent les psychiatres, ont attesté qu'ils avaient subi de terribles hallucinations. Une preuve de plus, pour le psychiatre qu'ils sont *psychotiques* ! Avant de l'affirmer, il vaut la peine de faire une petite vérification. Un jour, le médecin d'un service de traumatologie appelle en toute hâte le psychiatre de garde. L'un de ses patients hallucinerait tant qu'il peut. L'homme de plus en plus agité ne cesse de répéter qu'il voit une main au plafond, au-dessus de son lit. Il a reçu, la veille, dans un accident de voiture, un choc sur la tête. Tout le monde dans le service pense qu'il est devenu *fou*. L'homme, très inquiet fait force gestes vers le coin gauche du plafond de sa chambre et déclare péremptoirement y voir une main menaçante. La Faculté, perplexe à son chevet, fait préparer les injections sédatives, lorsque le psychiatre lève le nez et constate effectivement des traces de doigts et l'empreinte d'une main, fixées sur la peinture, laissées là, sans doute par un peintre en perte d'équilibre... ! Tout le monde avait eu chaud, le malade surtout, qui avait frôlé la *psychose* et le transfert à l'asile.

*Si un psychiatre cherche à savoir si vous avez des hallucinations, prenez garde à votre réponse. Si vous acquiescez, il voudra savoir si, en plus, vous délirez.*

Et, s'il en a l'impression, votre compte est bon :

Vous serez étiqueté *psychotique* et traité en fonction de ce diagnostic.

Alors, répondez-lui que vous voyez où il veut en venir qu'il vous met la puce à l'oreille et que d'après vous ça sent le roussi.

Il écrira alors dans son dossier : le patient souffre de multiples hallucinations, visuelles, tactiles et olfactives, et il soulignera le tout d'un trait rouge !

HEREDITE

Les maladies mentales ne sont pas plus héréditaires que la pauvreté, l'opulence, le christianisme ou le communisme. Certes, l'enfant de parents pauvres a bien des chances de rester pauvre et les familles croyantes « fabriquent » davantage d'enfants qui vont à l'église que les non-croyants. Est-ce une preuve d'hérédité ? D'ailleurs, on ne connaît pas pour l'instant les causes bio-chimiques ou le déterminisme génétique du christianisme ou de la pauvreté !

En médecine, il existe des maladies héréditaires, transmises des parents aux descendants par le matériel génétique. Présentes dès la formation de l'individu, à l'état d'œuf, dans l'utérus, elles sont inscrites dans les gènes hérités de l'un ou de l'autre parents ou des deux à la fois : l'hémophilie, le daltonisme ou la chorée en sont des exemples et ne dépendent en aucune façon de l'influence du milieu familial sur le développement de l'individu.

En psychiatrie, rien de semblable. Seules certaines formes très spécifiques et rares d'arriération mentale et d'épilepsie liées à des troubles métaboliques sont héréditaires.

Ce qui ne veut pas dire que les parents ne transmettent pas leur *folie* à leur progéniture. Bien au contraire. Mais cette transmission n'est pas uniquement génétique. Elle est surtout acquise progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence par l'influence du milieu familial.

Comment faire la différence, en psychiatrie, entre par exemple l'influence génétique d'un père *maniaco-dépressif* sur ses enfants et l'influence environnementale, familiale et quotidienne ? L'enfant, si immature à la naissance, n'existe que par ses parents ou substituts parentaux qui vont influencer et modeler son psychisme dès les premières heures de son existence. Dire que se sont les chromosomes hérités des parents qui le façonnent, est un redoutable a-priori, sans fondement scientifique.

Tant que nos connaissances biochimiques du psychisme normal ne dépassent pas le néant actuel, il est parfaitement vain de s'interroger sur les anomalies biochimiques d'un psychisme qualifié d'anormal et encore plus vaniteux de vouloir en tirer une prétendue démonstration de l'hérédité génétique de cette anomalie hypothétique.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Les psychiatres ne supportent pas d'admettre leur ignorance. Ils préfèrent des théories, fondées sur des observations discutables, (comme la prétendue hérédité de la *schizophrénie* qui aurait été démontrée par des recherches conduites en Scandinavie sur des enfants adoptés, alors que l'objet même de la recherche, la *schizophrénie*, ne faisait aucunement l'unanimité des chercheurs<sup>93</sup> !) et les asséner à leurs malades comme pour excuser leur incapacité et leur impuissance.

Il vaut mieux pour l'instant s'en tenir au doute sérieux quand à l'éventuelle hérédité d'une maladie mentale. D'autant plus qu'une prétendue « connaissance » ne fait pas avancer d'un iota la solution du problème et ne soulage en aucune façon la souffrance.

L'enfant d'un *maniac-dépressif* ou d'un *schizophrène* ne va pas hériter cette maladie de son père ou de sa mère. Mais l'un et l'autre auront à se développer, et à se situer sans cesse par rapport à ce parent étiqueté « malade ». Comme si cela allait l'aider à grandir... Il n'est pas facile, pour un enfant, de se faire et d'exister en présence de pantins ou de gens masqués. Les parents jouent plus ou moins bien ce rôle de malade que la société et le psychiatre leur ont attribué. Et les enfants cherchent le vrai visage de leurs parents sous ces masques grotesques de « *malades mentaux* ».

Un dernier point fait réfléchir. Il a été démontré que les psychiatres *organicistes*, qui croient dur comme fer à l'hérédité des maladies mentales, affichaient de façon statistiquement significative des idées politiques de droite et une idéologie réactionnaire. Sur quelles autres valeurs que le doute teinté de désespoir, le pessimisme intégral et un statisme prudent, se fonde donc cette idéologie ?

## HOMOSEXUALITE

Les psychiatres sont formels. Qu'ils naviguent au vent *psychanalytique*, *organiciste*, *behavioriste* (thérapie du comportement) ou à quelque autre brise douteuse, pour eux l'*homosexualité* est « une *perversion*, c'est-à-dire une pratique sexuelle qu'ils désapprouvent<sup>94</sup> ! »

« Classiquement, la plupart des homosexuels seraient des

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*pervers constitutionnels* recherchant avec leurs semblables des sensations rares, se livrant au prosélytisme et s'adonnant aux toxiques euphorisants<sup>95</sup> ».

Les psychiatres aiment les beaux diagnostics. En posant cette délicate étiquette sur le front de leurs patients, ils se rassurent sur le caractère normal de leur propre vie sexuelle, et se déchargent de tous les rêves d'homosexualité qui pourraient les hanter parfois la nuit. Ils se mettent alors frénétiquement au travail pour guérir les homosexuels et se guérir de leurs rêveries. Mais la thérapeutique est difficile et pleine d'écueils.

Des psychanalystes, penchés sur *l'homosexualité* de la femme, découvrent « la double image qui surgit de la vierge souillée par l'homme et de la femme au vagin fécaloïde qui démolit le pénis ». Ils peuvent alors élaborer de fortes théories et se forger d'autres images, aussi belles que leurs patientes : « Le pénis est notamment le coin qui sera enfoncé dans la fragile charpente du self corporel et le fera éclater<sup>96</sup> ! »

Les psychiatres *organicistes* sont fort occupés à doser les hormones sexuelles de leurs patients et à démontrer que leur taux dans l'urine est nettement dévié par rapport à celle des *hétérosexuels*. Quant aux thérapeutes du comportement, ils imaginent d'agréables petites machines qui permettent, d'une part, de mesurer l'érection de leurs patients homosexuels mâles pendant qu'ils leur projettent des photos de nus masculins et, de l'autre, de leur envoyer une petite décharge électrique bien ajustée lorsque l'érection dépasse une certaine unité de dureté... !

De toute façon, la plupart des psychiatres s'accorderont à penser, comme Eck, que « le problème de *l'homosexualité* semble prendre à notre époque et pour certains pays l'allure d'un véritable péril !... »<sup>97</sup>

Quant à *l'homosexualité* masculine, on ne s'étonne guère que les psychiatres hommes en aient décelé l'origine et la responsabilité chez la femme. Scherrer écrit par exemple : «... les plus vicieux en apparence sont parfois des refoulés, des ambivalents rebutés par des épouses frigides »<sup>98</sup>, alors que les psychanalystes savent, eux, que « les homosexuelles ont été exposées à des mères elles-mêmes *narcissiquement* très fragiles, voire franchement malades... »" Pour le psychiatre, le pronostic de l'homosexualité, qu'elle soit

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

masculine ou féminine, est plutôt sombre. « Il dépend essentiellement » du degré de fixation de l'anomalie, de la réaction morale du sujet à l'égard de celle-ci. L'intensité de l'anomalie s'apprécie en fonction de l'attrait pour le sexe semblable et de l'existence ou non de répulsion pour le sexe opposé. »<sup>100</sup>

Pourquoi les psychiatres ne disent-ils pas que ce pronostic dépend de l'attrait de leurs malades pour leur docteur, et que les seules cures réussies étaient fondées sur cet attrait, d'autant meilleur évidemment que le psychiatre, homosexuel lui-même, était de même sexe que son patient !

Une fois posé le dogme de l' « homosexualité-maladie-mentale », les psychiatres, dans leur crasse logique, allaient admettre que les homosexuels *névrotiques* étaient de bon pronostic et guérissables, alors que les non-guérissables, et les échecs thérapeutiques étaient manifestement des *homosexuels psychotiques* ; de bien mauvais pronostic !

Heureux ces « *homosexuels psychotiques* » des deux sexes qui résistent au traitement de leurs psychiatres et décident de vivre la sexualité qui leur convient !

## HOPITAL DE JOUR

Cette expression n'a pas le même sens, employée à l'hôpital psychiatrique ou en dehors.

Dans le cadre d'une hospitalisation, « faire hôpital de jour » signifie être soumis à un régime d'hospitalisation partielle qui consiste en fin de séjour, à passer la journée à l'hôpital et la nuit à la maison. Comme pour le régime hôpital de nuit, il s'agit de se réhabituer progressivement à la vie à l'extérieur, en gardant un pied à l'intérieur. De quoi perdre l'équilibre ! Ce régime convient aux patients qui ont un environnement stable ou une bonne structure familiale pour les accueillir. Le soir, ils se retrouvent alors bien soutenus à la maison et le lendemain, lorsque chacun va travailler, ils montent passer la journée à l'hôpital psychiatrique, dans les ateliers ou en *ergothérapie*. On peut faire les mêmes objections à la prolongation de ce régime que pour l'hôpital de nuit, notamment la persistance



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

de la dynamique d'exclusion, le temps passé en transport et le coût de l'opération.

En dehors de l'asile, *l'hôpital de jour* n'est plus un régime d'hospitalisation, mais une institution spécifique qui entre dans le cadre du secteur psychiatrique. Il s'agit d'un centre de soins, situé dans la communauté (souvent dans un appartement en ville) et recevant des patients durant la journée.

Pour bien se différencier de l'hôpital, il aime à s'appeler *centre thérapeutique* de jour ! La nuit, le centre est fermé. Il n'a d'ailleurs pas de lit d'hospitalisation.

Les avantages des soins dans un hôpital de jour plutôt qu'à l'hôpital psychiatrique sont multiples. D'abord, il n'y a pas d'internement possible, puisqu'on n'y vient que *volontairement*. Le programme journalier y est habituellement mieux organisé, plus fourni, *groupe thérapeutique*, massage et *psychomotricité*, *sociothérapie*, sont à la disposition des usagers. Ce qui a fait dire à Veil que c'est « l'établissement de soins psychiatriques où l'on concentre le maximum de moyens thérapeutiques sur le minimum d'espace et dans le minimum de temps »<sup>101</sup> Enfin, le soir venu, on peut rentrer chez soi.

Un inconvénient majeur existe : un tel centre ne peut accepter tout le monde. Les équipes soignantes et le médecin chef pratiquent une stricte sélection des patients, et le médecin qui se propose d'y envoyer l'un de ses malades doit négocier d'arrache-pied. La plupart des centres de jour sont en nette compétition, sinon en conflit ouvert, avec l'hôpital psychiatrique local. Ils disent : Nous sommes les plus forts et les plus efficaces pour soigner les malades. L'hôpital répond : C'est facile, vous les choisissez ! Ils choisissent d'ailleurs tellement bien que c'est la croix et la bannière pour obtenir qu'un patient, qui n'a séjourné à l'asile ne serait-ce que 24 heures, puisse être admis au centre de jour. L'équipe du centre thérapeutique de jour estime que le malade a été « pollué » par l'hôpital psychiatrique et que le cas est « perdu »...

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### HOPITAL DE NUIT

Cette expression est employée à l'hôpital psychiatrique pour désigner une hospitalisation à *temps partiel* : vous n'êtes à l'hôpital que le soir et la nuit. La journée, vous êtes chez vous, ou au travail, ou en tout autre endroit de votre choix. L'hospitalisation de nuit est un « régime de faveur » qui intervient généralement en fin de séjour, pour **préparer la sortie définitive**. Il permet de se réhabituer progressivement à la vie à l'extérieur tout en conservant sa chambre ou son lit à l'asile et les quelques relations importantes qui ont pu s'y tisser.

Toutefois, ce régime ne saurait durer longtemps car il implique la même dynamique d'exclusion sociale que l'hôpital à plein temps (quand vous sortez du travail, vous filez à l'asile, au lieu d'aller retrouver la famille ou les amis), il fait perdre un temps considérable en transport (l'hôpital psychiatrique est toujours éloigné de la ville et les communications avec l'extérieur ne sont pas toujours bonnes) et finalement il coûte cher (l'hôpital facture habituellement la nuit au même prix que la journée entière).

### HOPITAL GENERAL

Beaucoup d'hôpitaux généraux modernes disposent d'un service de consultation psychiatrique.

Il n'est pas rare que le premier contact avec un psychiatre, qu'il conduise ou non au processus de *psychiatriisation*, se déroule à l'intérieur d'un hôpital traditionnel. Dans le bal des blouses blanches qui bourdonnent autour du lit et le joyeux anonymat de ces hôpitaux, le psychiatre, une blouse blanche de plus, peut passer inaperçu. A moins qu'il ne soit imposé au malade.

Ce psychiatre a les mêmes pouvoirs que celui de l'asile ou du centre de santé mentale, c'est-à-dire qu'il peut interner sur la base d'une seule signature. Bien des voyages au pays des *fous* et des psychiatres, bien des séjours interminables en hôpital psychiatrique débutent là, dans un hôpital général, apparemment sûr et inoffensif. Le comble,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

séjours et transferts sont parfois décidés à l'insu de la personne concernée.

Comment cela se passe-t-il ? Essentiellement de deux façons. Soit immédiatement à l'entrée, dans le centre des urgences, soit au cours du séjour, dans les services respectifs (médecine interne, gynécologie, chirurgie, etc.).

Les hôpitaux généraux, surtout les grands hôpitaux de ville, sont équipés d'un centre d'urgence ou centre de tri des malades.

Là travaillent toute une série de spécialistes, du *dermatologue* à l'*ophtalmologue* en passant par le *chirurgien*, l'*interniste*, le *gynécologue*, le *neurologue*, l'*ORL*, sans oublier évidemment l'*anesthésiste* et le *psychiatre*. Chacun se penche sur le malade, l'urgence et le « beau cas », et se demande si « cela » relève de sa spécialité. Cette douleur dans le ventre, est-elle chirurgicale ou gynécologique ? Cette maladie de la peau, au dermatologue ou à l'interniste ? Lorsque tous ces docteurs ont fait leur travail, et qu'ils se sont convaincus que le cas ne relevait pas de leur spécialité, on appelle le *psychiatre*, le « psy », l'homme qui va tout comprendre, tout expliquer et tout résoudre !... Il vient, fait un brin de causette avec son malade et **use du seul pouvoir qu'il a vraiment, celui d'internement. Il l'emploiera d'autant plus facilement qu'il ne comprend rien à ce qui se passe et que la personne qui est là se laisse faire et ne proteste pas.**

Il est donc important de repérer le fameux « psy », parmi tous ces médecins. Chacun porte son nom sur sa blouse, mais sa spécialité ne figure pas sur l'étiquette. Les visages ne laissent pas forcément deviner certains penchants, encore que barbes, moustaches et autres colifichets puissent vous mettre sur la piste du disciple de Freud !...

Le mieux est sans doute de demander carrément : « Docteur, quelle est votre spécialité ? » Une fois le psychiatre reconnu, il est bon de savoir rapidement où il veut en venir. Là également le plus simple est de le lui demander : « Docteur, avez-vous l'intention de m'interner ? » S'il acquiesce, vous pouvez toujours protester, le convaincre de son erreur et amener ceux qui gravitent dans les alentours. Neuf fois sur dix, dans ces conditions le psychiatre recule et n'ose pas provoquer l'épreuve de force au su et au vu de tous. Dans ce centre des urgences il ne dispose plus de la

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tranquille intimité dont il a besoin pour faire son travail d'exclusion. Un hôpital général, c'est un peu un hall de gare.

A l'hôpital général autre façon de rencontrer le psychiatre, c'est, dans le service où vous avez été transféré, la visite anodine d'une blouse blanche anonyme ! Le psychiatre est appelé par un collègue qui voudrait *son avis* sur « *votre cas* », parfois lorsqu'il y a des problèmes de diagnostic ou de traitement inefficace, et toujours quand votre agitation ou votre excitation devient intolérable pour le service. Habituellement, la visite du « psy » n'est pas annoncée, sinon parfois, tout bonnement, par quelques borborygmes du genre : « J'ai prié l'un de mes amis, psychologue, de venir vous voir... ! »

Là aussi, il vaut mieux être aux aguets. Le processus de psychiatisation est très discret. Il peut se dérouler à votre insu.

Certains psychiatres heureusement, travaillant à l'hôpital général, répugnent à user de leur pouvoir et se bornent à calmer et rassurer, non pas le malade, mais l'équipe infirmière et les spécialistes, internistes, chirurgiens ou gynécologues, qui ont tendance à voir des *fous* un peu partout. Celui qui parvient à augmenter et renforcer la tolérance à l'égard des malades différents des autres fait œuvre utile. S'il se borne à exclure vers l'hôpital psychiatrique, il pare au plus pressé et ne résout rien du tout.

La *psychiatisation* à l'hôpital général s'adresse de préférence à certaines catégories de patients : les personnes qui ont fait des tentatives de suicide par exemple sont systématiquement montrées au psychiatre. Parmi les autres montrées au « psy » on trouve des personnes qui ont déjà séjourné à l'asile, celles dont le diagnostic médical n'est pas clair, celles qui souffrent d'un *état anxieux* important, et d'autres de maladies dites *psychosomatiques* comme l'*ulcère gastro-duodéal*, l'*asthme bronchique*, les *allergies* de la peau, la *rectocolite*, l'*infarctus du myocarde*, certaines formes d'*hypertension artérielle*. Enfin certaines personnes souffrant de maladies dont l'origine est mal connue comme le *diabète*, l'*anorexie mentale* et l'*obésité*, sont volontiers montrées à Monsieur psy.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### HYSTERIE

L'*hystérie* est une « *maladie mentale* » du groupe des *névroses*, au pronostic sérieux, qui présente la particularité d'être reconnue et diagnostiquée 99 fois sur 100 par des hommes chez des femmes.

D'après de grands psychiatres hommes, les femmes atteintes d'*hystérie* seraient suggestibles (Babinski), inconsistantes (Janet), mythomanes (Dupré), vaniteuses (Ach. Delmas), simulatrices, égocentriques, coquettes, entêtés, provocantes, sexuellement déréglées...<sup>102</sup>

Que voilà évidemment une description scientifique et non un préjugé moral ! De plus, comme l'écrit J.-P. Chartier avec tant de bonheur (!), « la sexualité est là qui rôde »...<sup>103</sup>

Ne nous attardons pas sur cette imposture. Rappelons cependant que toute la théorie psychanalytique est fondée sur l'*hystérie*, « ce mensonge sans menteur », comme dit Sartre et que, tout compte fait, un psychanalyste sérieux finirait par admettre que l'*hystérie* n'est pas une *maladie mentale*, mais une falsification de maladie mentale, donc la falsification d'un mensonge...

Les psychiatres, qui savent que le terme n'a plus très bonne presse, parlent maintenant de *pithiatisme*, ce qui veut dire la même chose, mais vient d'un mot grec qui signifie « *qui peut se guérir par la persuasion* ».

### IATROGENE

Si, à l'hôpital général, vous recevez une transfusion de sang incompatible avec le vôtre, et que vous développiez une réaction allergique généralisée, vous faites une « maladie iatrogène », c'est-à-dire provoquée par le *médecin* (*iatros* en grec), l'hôpital ou le laboratoire... Si vous allez chez votre pharmacien pour des maux de gorge, que vous avaliez quelques petites pilules et que vous souffriez le len-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

demain d'une éruption généralisée, c'est encore une maladie iatrogène induite par les médicaments.

Si enfin vous allez à l'hôpital psychiatrique pour un problème personnel qualifié par le médecin d'état dépressif et que vous en ressortiez quelques semaines plus tard complètement abattu, insomniaque et désespéré de ce que vous avez vu là-bas, quel qualificatif donner à cette nouvelle maladie dont vous souffrez sinon celui d'iatrogène ? Le propre de cette maladie est d'être évitable à 100 %, puisqu'on peut exercer un strict contrôle sur son agent, le *médecin* !

Ivan Illich a écrit que « la manie de dépister des anomalies engendre une nouvelle épidémie qu'on appelle parfois la « non-maladie » iatrogène. Cette non-maladie se manifeste sous forme d'invalidité, d'exclusion de la vie sociale, d'angoisse et bien souvent de symptômes fonctionnels, l'ensemble ayant pour seul origine le diagnostic et le traitement prescrit. »<sup>104</sup>

Ainsi en va-t-il de l'*iatrogenèse* de la prétendue **maladie mentale. On rentre à l'asile avec des problèmes humains, sans doute sérieux et source de souffrance. On en sort avec une nouvelle maladie psychique, toute une liste de symptômes et une belle quantité de pilules à ingurgiter.**

A la sortie, il faut résoudre ses problèmes, apaiser sa souffrance, apprendre à se passer des médicaments ou guérir l'allergie qu'ils ont provoqués et guérir la maladie qu'on vous a « collée » à l'asile. Heureusement, pour cela il y a des psychiatres privés !

## INFIRMIERE-INFIRMIER

L'infirmière et l'infirmier psychiatriques ont beau être au centre du dispositif de soins hospitaliers, ils n'en comptent pas moins pour du beurre !

L'*asile* du siècle passé avait ses gardiens, parias du système, naufragés d'une société dont ils étaient exclus, comme les *aliénés* qu'ils gardaient. L'*hôpital psychiatrique* moderne à ses infirmières et ses infirmiers, prolétaires et exécutants de l'institution, grande masse silencieuse, sou-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

mise au pouvoir du directeur, de l'administrateur et de l'infirmier chef.

Ce discours-là n'est ni rhétorique, ni propagande politique. C'est la triste et dure réalité. Chaque travailleur psychiatrique infirmier, pourrait en témoigner si vous preniez le temps de discuter avec lui, et d'attendre que se dissolve l'épais silence qui recouvre les relations hiérarchiques à l'intérieur de l'hôpital. Personne n'a mieux étudié et parlé de la situation des infirmiers psychiatriques que Gentis<sup>105</sup>. Pour lui, leur situation n'est pas comparable à celle des infirmiers en soins généraux.

Il parle d'une différence de statut social entre les infirmiers psychiatriques, qui ont un statut de travailleurs payés par l'hôpital qui les emploie et assure leur formation, et leurs collègues en soins généraux, qui ont le statut d'étudiant. Il souligne qu'il n'y a jamais eu de savoir ou de techniques propres à l'infirmier psychiatrique, même si les jeunes infirmiers s'opposent actuellement sans cesse aux vieux. Suivent des considérations mordantes sur le milieu éminemment conservateur des infirmiers psychiatriques, à la fois victimes et bénéficiaires de la situation asilaire, « groupe prolétarien liminaire travaillé par des aspirations petites-bourgeoises, vivant sous la botte intellectuelle du corps médical... »<sup>106</sup>, ce que Gentis appelle sans ambages un « milieu préfasciste ».

Il est vrai que les valeurs que véhicule le corps infirmier asilaire sont « sous-tendues par la passion de l'ordre et la trouille de perdre sa position »<sup>107</sup>, mais, c'est qu'il n'a pas le choix. Tampon entre les « toubibs » aristocrates et les malades de la plèbe, que peut la petite-bourgeoisie infirmière ? Nombreux sont les jeunes infirmières et infirmiers conscients de cette situation. **Ils savent qu'ils font tourner la machine asilaire, qu'ils sont utilisés et manipulés.** Ils savent aussi qu'aucun toubib ne pourrait faire leur travail, alors qu'ils n'auraient eux pas de peine à faire le leur.

Leur expérience quotidienne de la *folie* dans le cadre de l'asile, et de ce qu'on peut lui opposer, avec les moyens du bord, est considérable. Plus d'un jeune médecin a compris, à ses dépens, et trop tard, qu'il aurait mieux fait d'écouter les conseils de l'infirmière ou de l'infirmier, quant aux doses de *neuroleptiques* et à l'opportunité ou non de faire un électrochoc.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Les infirmières et les infirmiers psychiatriques commencent à s'organiser. Ils se constituent en collectifs de réflexion et d'action<sup>108</sup>, mais les médecins ne l'entendent pas de cette oreille et sont décidés à garder le pouvoir.

L'essentiel de leur situation est la suivante : ils font marcher toute la machine asilaire qui ronronne grâce à eux, moteur à quatre temps parfaitement rodé et huilé, admission-observation-traitement-sortie.... Dans un silence qui étouffe et musèle une formidable frustration, une répression quotidienne et continue, une désespérance permanente quant au traitement de la *folie*. Ils ne tiennent le coup que parce qu'ils espèrent obtenir des avantages substantiels de cet asservissement. A peine plus libres que les *fous* dont ils s'occupent, déplacés comme des pions sur l'échiquier, selon les besoins des services et des pavillons, renvoyés quand ils dérangent, promus quand ils sont lèche-c...

Mais ils en savent un bout sur la *folie*, et ce sont eux qui assument tout le poids des malades, quotidiennement. On trouve, parmi eux, le pire, et le meilleur, ceux et celles qui ne peuvent que sanctionner, punir, frapper et parfois et toujours maintenir l'ordre, et les autres qui ont redécouvert ce qu'est la véritable *thérapeutique*.

### INFIRMIER CHEF

Les malades, les internés et autres *fous* n'ont aucun contact avec l'infirmier chef. Il n'a lui-même aucun contact avec les malades. Ce n'est pas une raison pour ne pas en parler. Ceux qui œuvrent dans l'ombre sont souvent les plus redoutables et il vaut mieux savoir qu'ils existent.

Un infirmier chef (ou, surveillant infirmier) est, comme son nom l'indique, un infirmier qui est chef ! C'est-à-dire qu'il est devenu chef, en se tenant bien sage, en se faisant **bien voir de la direction**, en léchant les bottes des médecins. Comme l'adjudant chef, il a attendu pendant de longues années, a été de toutes les corvées, de toutes les crasses, de toute la routine. Maintenant, nom de nom, il est chef et « J'veis vous faire voir comment j'suis chef... »

L'infirmier qui est devenu chef ne s'intéresse plus au malade. Il en a trop vu sa vie durant. Maintenant qu'il lui reste une dizaine d'années à travailler avant de prendre



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

une retraite bien méritée dans sa villa cossue, il ne va plus se salir les mains. Que fait-il donc toute la journée ? D'abord, il surveille et il inspecte. Ensuite, il fait de la paperasse. Il passe son temps à faire de grands tableaux de gestion. Il s'occupe d'effectifs, de congés, de maladies et, croyez-moi, cela lui donne bien du souci !

Il reçoit ses ordres sans intermédiaire du directeur et de l'administrateur ! Le directeur l'aime, l'infirmier chef ! Il se souvient, quand il était jeune interne, il a vécu avec lui les belles heures de la psychiatrie de papa. Ils sont un peu copains, eux deux parce qu'ils partagent les mêmes souvenirs.

Comme Monsieur le Baron se sent proche de ce bon Alphonse, lui qui a connu toute la famille, qui a vieilli avec le château... Souvent Monsieur le Baron pense qu'Alphonse est le seul dans cette famille qui le comprenne !...

L'infirmier, enfin arrivé à son poste de chef, s'installe derrière son bureau pour faire des tableaux. Il ne sait plus ce qu'est la *souffrance*. La *folie*, connaît plus ; mais de beaux tableaux de gestion, bien dessinés à l'encre de Chine, ça c'est son fort.

Il a l'œil ouvert. Il dénonce sans tarder les éléments contestataires de l'hôpital au directeur et à l'administrateur. Il sait tout ce qui se passe et occupe le reste de son temps à en savoir encore davantage et à moucharder. Ainsi il se fait bien voir, il assoit sa position et maintient l'asile immuable, comme il l'a toujours connu.

**Il est l'obstacle le plus sérieux à tout changement, car il en a trop vu durant toute sa longue carrière. Maintenant, il veut se reposer, dans l'ordre et le calme, qu'il défend envers et contre tout, contre tout le personnel et tous les malades.**

## INSTITUTION

Il y a plus de vingt ans, un psychiatre anglais de valeur, Denis V. Martin, écrivait, après avoir transformé tout son hôpital en communauté thérapeutique : « Un patient bien institutionnalisé, comme on lit souvent dans les dossiers médicaux, est un patient qui a cessé de se demander ce qu'il faisait dans un hôpital psychiatrique et qui,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

s'avouant vaincu, s'est totalement rendu à la vie de l'*institution*. »<sup>109</sup>

En utilisant le terme « *institution* » plutôt que « *hôpital* » Martin savait ce qu'il faisait : il soulignait le rôle éminemment *social* des établissements psychiatriques, dont la fonction essentielle est de limiter un espace spécifique et imperméable, pour toute une catégorie de gens, en l'occurrence les *fous*, dont la société veut se protéger. L'hôpital psychiatrique est bien comme l'a décrit Goffmann « une *institution totalitaire*, donc un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »<sup>110</sup> En cela, il s'apparente aux orphelinats, aux maisons pour aveugles et indigents, aux sanatoriums, aux prisons et aux pénitenciers, aux internats et aux couvents.

Si l'hôpital psychiatrique idéal *soigne*, l'institution psychiatrique *soigne* et *parque*. Elle a un rôle de ségrégation. Une fois admise l'existence d'une institution hospitalière, il s'est créé, dans le cadre de la psychiatrie de secteur, des institutions extra-hospitalières, grosses machines administratives à la direction centralisée. Et il était bien normal que **la fonction d'exclusion et de ségrégation sociale se retrouve à l'extérieur comme à l'intérieur de l'asile, véhiculé par le concept d'institution**. C'est dans ce sens-là que la destruction des institutions psychiatriques hospitalières et extra-hospitalières prend une importance fondamentale.

### INTERNEMENT

Par définition, l'internement est une *hospitalisation non volontaire*, forcée. Cette mesure n'existe qu'en psychiatrie. Elle est inconnue dans d'autres spécialités médicales.

Elle consiste à soustraire à la vie sociale libre un individu atteint de *maladie mentale* en le plaçant, sous le contrôle d'une loi, dans un établissement approprié. La *maladie mentale* privant l'individu de son libre-arbitre et d'un jugement sain, l'Etat et les psychiatres, main dans la main, s'arrogent le droit d'enfermer certaines personnes

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

qui refuseraient l'entrée volontaire dans un hôpital psychiatrique « L'internement, comme l'écrit Castel, lie indissolublement la mesure médicale ou paramédicale d'isolement et la mesure administrativo-politique de séquestration (ou d'internement).<sup>111</sup> »

Dans bien des hôpitaux psychiatriques de France et de Suisse, il y a plus d'internements que d'admissions libres (à Genève, en 1976, 52 % d'internements) alors qu'ailleurs (Pays-Bas, Grande-Bretagne) 90 % des admissions sont volontaires.

Partant, les médecins interprètent dans un sens très large les articles de loi qui permettent l'internement d'urgence. Pour accélérer l'hospitalisation, ils en multiplient l'application, usage contraire à l'esprit de ces lois qui prévoient toujours des mesures de protection du malade lui permettant de recourir contre une décision arbitraire. En effet, **tant qu'il existe des lois statuant sur l'internement des malades mentaux, le recours est la seule possibilité de prévenir la séquestration.**

*Il doit être déposé, si possible à l'aide d'un avocat, systématiquement, chaque fois que le malade a l'impression qu'on lui a forcé la main, que son hospitalisation n'était pas nécessaire ou qu'elle était carrément abusive.*

Le droit de recours est le droit fondamental de l'interné en psychiatrie. Il doit être connu, protégé et utilisé.

N.B. Les détails des lois régissant l'internement psychiatrique sont mentionnés dans les notes<sup>112</sup> à la fin de l'ouvrage.

## INVENTAIRE

Au moment de votre admission à l'hôpital psychiatrique, les soignants s'intéressent spécialement aux objets personnels (vêtements, papiers, argent, valeurs, bijoux...) que vous avez avec vous. Ils vont en faire l'inventaire avant de les mettre en lieu sûr et de vous les restituer à la sortie. L'inventaire, malheureusement, ne s'effectue pas toujours en votre présence. Dès votre arrivée au pavillon fermé, l'équipe soignante vous prend en charge et une ou deux infirmières s'occupent de vos affaires.

Il paraît que l'intervention des soignants, fort louable,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

cherche à protéger vos biens et les objets qui vous sont chers. Sans doute le personnel est-il trop naïf ou trop aveugle pour comparer cette façon de faire aux procédés habituels de la police, qui fait vider poches et sacs à main des suspects avant de les incarcérer.

**Les soignants oublient qu'ils sont là pour soigner, pour aider et pour rassurer.** Alors, de routine, ils commettent chaque jour des gestes qui inquiètent, angoissent et terrorisent leurs malades. L'inventaire en est un typique. Si la personne hospitalisée pouvait garder ses affaires au risque de les égarer et de se les faire prendre, peut-être pourrait-elle aussi conserver un peu de respect pour elle-même et de confiance en l'équipe soignante. Elle se sentirait protégée contre les agressions de l'extérieur. En réalité, les objets personnels sont mis sous clé après un inventaire, comme la personne est enfermée après l'examen d'entrée.

## ISOLEMENT

L'isolement reste le *traitement clé de la psychiatrie* moderne. Ce jeu de mot est d'un goût d'autant plus douteux, que résonnent déjà des coups sourds dans certains pavillons fermés de nos hôpitaux psychiatriques de pointe.

Ceux qui donnent les « malades » contre les portes de leur cellule, où les psychiatres les enferment pour qu'ils guérissent de leur *jolie*. « L'isolement est l'une des mesures les plus importantes de la thérapeutique... »<sup>113</sup> Il a fallu deux siècles pour élaborer ce fantastique traitement : enfermer les gens.

« Avec des nuances graduées, l'isolement s'impose chaque fois qu'il est nécessaire de soustraire le malade à l'influence nuisible du milieu... »<sup>114</sup>. Les « nuances graduées » sont :

Résidence surveillée en pavillon ouvert enfermement en pavillon fermé et, pour finir, isolement strict en cellule. Comme le mot « cellule » fait vilain, les psychiatres disent « isolement ».

Une Clinique psychiatrique universitaire s'est dotée récemment d'un nouveau bâtiment de soins, ultra-moderne esthétique et hygiénique. Inauguré en 1973, il contient six

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

cellules d'isolement au sol de pierre, aux vitres incassables, aux portes renforcées, sans poignée intérieure, mais percées d'un judas, équipées d'un seul WC où les patients tout à la fois font leurs besoins et tentent d'étancher leur soif. Ces « isolements », sachez-le sont occupés en permanence. Il suffit de les mettre à la disposition du personnel pour qu'il les utilise sans arrêt. De plus l'hôpital est en train de se restructurer, sur le plan architectural. Nos autorités, toujours bien conseillées par d'habiles psychiatres, voudraient voter un crédit de 150 000 francs pour transformer un pavillon ouvert et spacieux en pavillon fermé avec vitres et portes incassables, clé et, évidemment, « cellules d'isolement ». Voilà où on en est, plus d'un siècle après que Conolly eut complètement ouvert l'asile de Hanwell (Grand-Bretagne), dont il était le directeur. Certes, sa technique de « no-restraint » souleva à l'époque des polémiques passionnées.

Certes, « une telle méthode nécessite non seulement une transformation des locaux vétustés agencés selon de vieilles formules, mais surtout une profonde réforme des mœurs et coutumes qui se perpétuent dans beaucoup de nos établissements. Il faut disposer d'un personnel nombreux, humain et compréhensif, et savoir s'affranchir des routines et des pratiques de facilité. »<sup>115</sup>

Belles paroles, vent que tout cela. De nouvelles cellules se construisent, parce qu'on n'est pas capable de sortir de la routine et d'attribuer par exemple cet argent à la création de nouveaux postes de travail. Parce qu'on est timoré face à la *violence* de la *folie*, violence provoquée et entretenue par notre *peur*, notre *lâcheté*, et nos *cellules d'isolement* imbéciles, qu'on a le culot d'appeler thérapeutiques.

Je connais une jeune fille qui a été enfermée pendant des jours dans une cellule de ce type, nue, terrorisée, désespérée, sans rien à boire, sans rien à faire qu'à hurler comme un fauve en cage, qu'à se lancer de toute sa force contre une porte bâtie pour résister à la pression d'une tonne. Chaque fois que quelqu'un rentrait dans sa cellule, elle se mettait à pousser des cris furieux et se jetait sur lui. Pour le psychiatre qui s'en occupait, cette fille était complètement *jolie*. La preuve, elle « se mettait dans des états pareils ». Lui, il n'avait jamais essayé de passer une matinée,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

seul, dans une cellule d'isolement. En ouvrant la porte, il prenait un risque, un gros, le pire peut-être : que sa patiente se jette sur lui et le mette en pièces, qu'elle s'empare d'une chaise et la démolisse, qu'elle s'élançe toute nue dans le parc de l'asile ou que quelqu'un imagine quelque chose par une intervention personnelle et humaine, qu'elle s'étonne peut-être de sa liberté, qu'elle s'essouffle, et qu'elle se calme enfin... Il n'a pas voulu prendre de risques. La porte de la cellule est restée bien fermée, la patiente a continué à hurler et à se démener, puis elle a été « mise en cure de sommeil... » Un jour qu'elle était chez elle, elle s'est jetée du haut de son immeuble.

**Assez d'hypocrisie. A l'hôpital psychiatrique, l'isolement cellulaire n'est pas une méthode thérapeutique. C'est une façon de maîtriser des états de désespoir et de violence entretenus par la structure même de l'hôpital psychiatrique, son architecture et son organisation interne.** Il permet peut-être au personnel de se reposer et au directeur de gérer l'institution. Mais jamais il n'a guéri ni rassuré personne. Tous ceux qui l'ont subi l'évoquent avec terreur et durant des mois sont hantés par de terribles cauchemars.

## KIOSQUE

Tout hôpital psychiatrique *moderne* et *progressiste* en possède un où vous pourrez acheter friandises, papier à lettres, fruits, journaux, bouquins, cigarettes, etc.

Ni alcool, ni « L'Echo des Savanes » ou autres joyeuses bandes dessinées mais au moins un quotidien local, qui vous tiendra au courant et vous permettra de garder le contact avec l'extérieur.

Encore faut-il avoir de l'argent : Problème à résoudre avec le service social.

## LETTRES

A l'hôpital psychiatrique, les lettres sont un excellent *moyen de communication*, à ne pas négliger, surtout si l'on se sent *isolé* et *incompris*.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Il y a le courrier qui permet d'écrire et de recevoir des lettres.

Il y a les lettres, de recours recommandées<sup>172</sup>, les lettres de réclamation au directeur et aussi des lettres d'appel au secours, des lettres SOS, comme celle de ce « *schizophrène* » au directeur d'un hôpital psychiatrique qui finit par être lue et dont le ton pathétique saura émouvoir plus d'une personne et ouvrir les yeux des aveugles de la réalité asilaire.

..., le 2.7.19..

Monsieur le Directeur,

La vie est belle lorsqu'on est jeune et qu'on a une bonne santé. Vous, comme moi, nous aimons vivre le plus longtemps possible ; pour un tas de raisons nous aimons les femmes et les enfants. Je prends des pastilles pour me calmer de l'anxiété, mais ça ne guérit pas ma peur de la GUERRE ; pour oublier il faudrait que je parte...

A la Clinique, c'est pas une vie pour un jeune et être mélangé avec des malades mentaux ça n'est *pas* l'idéal. Je désire vivre avec des gens normaux, comme j'ai vécu jusqu'à l'âge de 20 ans, et j'allais le soir au *cinéma* ou dans un bar, boire une limonade en compagnie d'une femme, et j'avais une voiture, vous comprenez maintenant ; ça c'était la belle vie. Aujourd'hui je sais encore conduire et même vite.

Nous avons souvent parlé ensemble, depuis que nous avons fait connaissance au cours du mois de juillet à l'hôpital de... Ça fait 3 ans, la vie passe vite, et il faut en profiter le *maximum* car on ne sait pas quand on meurt. Après la MORT tout est fini, on nous met dans un cercueil et on nous enterre, les amis y pensent quelque temps et après ils nous oublient, car chacun a sa propre vie. Mais parfois on a de la sympathie pour quelqu'un, alors on ne l'oublie pas. Bientôt ça sera NOËL et ça fera presque 3 ans que je suis dans cette clinique, vous comprenez que j'aimerais en sortir *vivant* et partir pour... Si vous avez un peu de sympathie pour moi, vous me laisserez bien partir, j'attends ce jour.

J'ai fait mes études et j'avais de bonnes notes. C'est preuve que je ne suis pas atteint de SCHIZOPHRENIE. Je vous assure que je PENSE aussi normalement que vous du *matin au soir*. Je sais où se trouvent les ETATS-UNIS et

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

je sais ce qui se passe au VIETNAM ; c'est pas intéressant ; vous voyez que je PENSE normalement.

Alors cher Professeur j'aimerais bien parler avec vous mais vous n'avez jamais le temps. J'espère que cette lettre vous convaincra que je veux partir...

Agréez mes salutations distinguées.

Pierre M.

Cette lettre fut découverte dans le dossier du malade, lue 7 ans après avoir été écrite, par un stagiaire curieux et sensible qui ne put l'oublier.

Elle n'a jamais reçu de réponse. Pierre M. n'a jamais pu quitter la clinique. Il y a déjà passé 15 ans de sa vie. Maintenant il ne veut plus s'en aller. Il n'a que 35 ans. C'est là qu'il finira ses jours...

Les psychiatres conservent et « archivent » tout ce qui est produit et écrit par leurs malades. N'hésitez donc pas à écrire, à dénoncer, à crier vers l'extérieur votre situation à l'intérieur de l'asile. Ainsi on se rappellera que vous existez, là-bas, aux confins de la ville. Quelqu'un vous lira peut-être et tentera de faire quelque chose.

A l'asile, les lettres sont comme la bouteille à la mer des naufragés. Et l'on dit que plus d'un marin en détresse a été sauvé par ce geste.

## LITHIUM

Nos frères les animaux sont souvent venus à la rescousse de psychiatres imaginatifs et observateurs qui cherchaient, et cherchent encore, à mieux maîtriser le cerveau de leurs malades. C'est ainsi que les cochons des abattoirs de Rome ont ouvert les yeux de Cerletti, l'inventeur de *l'électrochoc*, et les petits rats australiens ceux de Cade, qui le premier a utilisé le *lithium* en psychiatrie. Par hasard, il avait remarqué que ses rats de laboratoire, à qui il administrait un produit appelé *urate de lithium*, s'assagissaient subitement et devenaient d'agréables compagnons de jeux !

Il se mit alors à traiter des patients maniaques par des *sels de lithium*. Le succès fut immédiat et l'ère du *lithium* s'ouvrait. C'était en 1949 et, effectivement, ce traitement allait avoir un retentissement sensationnel.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Il était doublement efficace. D'abord, pour calmer les accès *maniaques* aigus ; ensuite, pour prévenir les rechutes de la *psychose périodique, cyclique* ou *maniaco-dépressive*.

Le mécanisme d'action des *sels de lithium* n'est pas connu, mais ils pourraient bien agir au niveau de la membrane du neurone (ou cellule nerveuse) cérébral. Il existe de multiples médicaments à base de *lithium*. Ils se prennent sous forme de comprimés ou d'ampoules buvables.

Une fois que l'on commence une cure de *lithium*, elle doit être poursuivie durant des années en prenant chaque jour 1 ou 2 comprimés. L'efficacité chimique doit être contrôlée par des mesures répétées du taux du *lithium* dans le sang (entre 0,8 et 1,2 millimole de *lithium* par litre). Au début, les dosages doivent être faits chaque semaine, par la suite une fois par mois ou tous les deux mois. Ils s'effectuent sur une prise de sang prélevée dans une veine du pli du coude, habituellement le matin.

Les femmes enceintes ou les personnes qui souffrent de maladies des reins, du cœur et du foie ne doivent pas prendre de *lithium*, non plus que celles qui suivent un régime sans sel, ou qui consomment des diurétiques (médicaments qui augmentent l'émission d'urine). Avant tout traitement au *lithium*, on doit faire un bilan de la fonction rénale et un bilan cardiaque (*électrocardiogramme*). Le traitement est généralement bien supporté (mais il peut entraîner nausées et diarrhées) et sans danger s'il est effectué avec régularité et discipline. Sinon, il vaut mieux abandonner.

Le risque d'une intoxication au *lithium* existe, plus par mauvaise élimination par les reins que par absorption excessive. Elle se manifeste au début par un tremblement fin des doigts et une soif intense. Par la suite, s'installe une sorte de somnolence, une confusion mentale, des vomissements et des diarrhées et, finalement, un état comateux. Si elle n'est pas reconnue à temps, cette intoxication peut conduire à la mort.

Malgré l'ignorance générale des causes de la maladie cyclique et des mécanismes d'action du lithium, l'absorption régulière de ce médicament peut soulager un grand nombre de patients.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### LOBOTOMIE-LEUCOTOMIE

« Pendant qu'on lui fraisait l'os du front, il fut presque impossible de contrôler le patient mais, grâce à une dose supplémentaire de *morphine* et à des encouragements, il supporta la chose tant bien que mal. Il montrait encore de l'appréhension après les incisions de surface sur les deux côtés. Toujours agité au moment des entailles radiales en profondeur du côté gauche, il se calma brusquement et apparut désorienté lors des dernières entailles sur le côté droit. » Comme le cerveau est insensible à la douleur, les neuro-chirurgiens opèrent en anesthésie locale et peuvent ainsi dialoguer avec leur patient :

Le médecin : Comment vous sentez-vous ?

Le patient : Je ne sens rien, mais ils sont en train de me couper.

Le médecin : Vous l'avez voulu.

Le patient : Oui, mais je ne savais pas que je resterais éveillé. Oh, mon Dieu ! je meurs. Oh, Docteur ! Je vous en prie, arrêtez. Oh ! mon Dieu !

Ce récit dantesque est du Dr Walter Freeman<sup>116</sup>, le plus grand coupeur de cerveau humain. A l'œuvre depuis 1936, il a pratiqué plus de 4000 interventions de psychochirurgie : *lobotomie*, section de l'ensemble des fibres nerveuses reliant les lobes frontaux au reste du cerveau ; *leucotomie*, section d'une partie seulement des faisceaux nerveux qui unissent l'écorce du cerveau au reste sous-jacent ; *topectomie*, section d'une partie seulement des lobes frontaux.

Freeman était le grand spécialiste de la *leucotomie* transorbitaire ou *transorbitectomie*. Il rendait le malade inconscient par deux *électrochocs* successifs, introduisait un trocard entre l'orbite et le globe oculaire de chaque côté et sectionnait par cette voie les fibres nerveuses, à l'aveugle, par deux larges coups de bistouri mousse. Le tout durait moins de dix minutes !

Il n'était en fait pas l'inventeur de cette technique. Celle-ci est due à un psychiatre portugais, le Dr Egas Moniz qui l'a conçue en 1936 déjà. Elle eut son heure de gloire et

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

ses partisans acharnés dans le monde entier dans les années cinquante. Des milliers de patients furent soumis à cette thérapeutique.

Le but de la psychochirurgie est de « supprimer la nuance affective qui charge les préoccupations morbides du psychopathe<sup>117</sup>. »

Elle s'adresse aux patients souffrant de *psychose* et de *névrose*, spécialement ceux atteints d'obsessions et d'états anxieux graves mais aussi aux *dépressifs*, aux *maniaques*, aux *schizophrènes*, aux *paranoïaques*, *épileptiques*, *toxico-manes*, caractériels et aux délinquants...

Des vieillards et des enfants ont aussi été opérés.

Après l'opération, le patient est confus, indifférent à tout et n'a plus d'initiative. Peu à peu, « le psychisme se reconstruit »<sup>118</sup>, parfois le patient devient euphorique. La plupart du temps, il reste puéril, passif et indifférent. Il faut attendre deux ans pour faire un pronostic à longue échéance. Un malade sur cent meurt de cette intervention du fait d'une hémorragie cérébrale foudroyante<sup>119</sup>.

La psychochirurgie est progressivement tombée en désuétude à cause du développement de la *chimiothérapie* mais, actuellement, elle connaît une nouvelle vogue aux Etats-Unis, par le biais de techniques plus fines et miniaturisées. Maintenant, on électrocoagule certaines parties du cerveau des *épileptiques* et de certains patients très violents.

**Les techniques de destruction cérébrale s'appliquent donc de plus en plus aux patients agressifs. Des psychiatres, fervents de ces méthodes, déclarent que c'est également « faire preuve d'agressivité » que de dénoncer la psychochirurgie et le caractère criminel de ces interventions mutilantes.** Ce serait faire preuve d'un « abstentionnisme agressif » que de refuser à un patient les secours de cette chirurgie ! Ce serait aussi prendre le risque d'être accablé de remords s'il se suicidait, sans avoir pu bénéficier des bienfaits de la *psychochirurgie*. ..<sup>120</sup> Le dernier patient qui, à Genève, a subi une *lobectomie* s'est récemment suicidé. L'histoire ne dit pas si le psychiatre non agressif qui l'a fait opérer est oui ou non accablé de remords.

Quant aux psychochirurgiens, il est temps de les mettre en garde. « Sinon, il pourrait bien leur arriver ce qu'il advint à Egas Moniz leur illustre prédécesseur : un de ses

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

patients fit feu sur lui, le coup le blessa gravement à la colonne vertébrale. »<sup>121</sup>

### LOI

Admettons que la maladie mentale soit vraiment une maladie « comme les autres », ce que ne cessent de clamer tous les psychiatres du monde ; comment expliquer alors que le statut de *l'aliéné* (ou le régime des personnes atteintes d'affection mentale) soit réglementé par une loi, quand tous les autres malades sont en paix avec la Loi (à l'exception des personnes atteintes de certaines maladies vénériennes ou contagieuses graves) ? On connaît d'avance les arguments (toujours les mêmes !) des psychiatres : avant la Révolution française, *l'aliéné*, tenu pour dangereux, était condamné et enfermé comme un criminel. Intervention historique de Pinel : « J'ai la conviction que ces malheureux ne sont aussi violents que parce qu'ils sont enchaînés. » Tombent les chaînes. Mais naissent les lois, un peu partout. Ce que Fréminville appelle « la passation des pouvoirs<sup>122</sup> ».

#### **Les aliénés sortent des prisons et rentrent dans les asiles, où ils sont placés sous le coup de la loi.**

Les lois sur les *malades mentaux* peuvent avoir chacune leurs particularités<sup>123</sup>, elles marquent néanmoins toutes « la collusion de l'administration centrale et de la psychiatrie, l'accrochement de la psychiatrie à l'appareil d'Etat... »<sup>124</sup>.

Elles cherchent d'abord, et en priorité, à *protéger* la société, ensuite seulement à assurer la protection et l'assistance efficace de l'individu qualifié de malade mental. La plupart ne garantissent ni les *droits élémentaires de l'individu*, ni ses possibilités de recours ou d'appel.

Comme le Conseil de l'Europe vient de le rappeler<sup>125</sup>, « sous prétexte qu'ils ne sont pas normaux, une partie des ressortissants de nombreux pays européens continuent d'être soumis à une législation et à des pratiques archaïques... » Le Conseil invite les Etats membres à revoir leur législation et leurs règlements administratifs sur l'internement des *malades mentaux* en redéfinissant certains concepts fondamentaux tels que le qualificatif dangereux et en réduisant

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

au minimum la pratique consistant à interner de force pour une période indéterminée.

Partout en Europe surgissent des cas d'internement arbitraire, alors qu'en URSS la psychiatrie, s'appuyant sur une loi semblable, sert ouvertement et systématiquement à réprimer les dissidents politiques.

Comme le souligne Castel, « **les campagnes qui s'attachent à dénoncer les internements arbitraires sont insuffisantes.** Des abus spectaculaires mais exceptionnels ne doivent pas être les arbres qui cachent la forêt : la possibilité d'arbitraire, inscrite au cœur même de la loi, tient au risque de confusion des pouvoirs qu'elle entretient. Pratiquement l'abolition de la loi est la seule position cohérente.<sup>126</sup> »

Il est vrai que l'abolition ne résoudra pas tous les problèmes, mais elle « cassera le dispositif principal grâce auquel la contrainte psychiatrique et la contrainte étatique se servent l'une l'autre de relais et de support<sup>127</sup> ».

**L'abolition de la loi est la seule façon de protéger les libertés fondamentales de l'individu. Aucune santé mentale ne mérite qu'on lui sacrifie nos libertés essentielles.**

Cette abolition est actuellement discutée en Hollande. En Suisse les médecins chefs des secteurs psychiatriques du canton de Vaud l'ont aussi demandé.

Mais elle ne peut se fonder que sur le renforcement des libertés de l'individu et sur une stricte protection des malades face aux deux pouvoirs, médical et policier, qui risquent d'en profiter pour relever brutalement la tête.

## MALADIE MENTALE

Les maladies mentales existent-elles ou sont-elles un mythe (Szasz) ? Question oiseuse ? Il existe pourtant bel et bien une souffrance psychique et une douleur morale et l'une et l'autre devraient au moins gagner en sens et en signification afin d'être supportées, mieux, être supprimées.

Or, l'expérience quotidienne aussi bien à l'hôpital psychiatrique qu'en pratique ambulatoire, l'écoute des patients et l'observation de la psychiatrie, ramènent sans cesse à la même évidence : le modèle médical de la souffrance psychique, fondé sur l'existence et le développement d'une

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

hypothétique maladie mentale à l'intérieur de la personne, sur son diagnostic et son traitement par un spécialiste, ne correspond pas à la réalité et ne diminue en rien la souffrance de l'homme. Du moins pour l'instant. Car il n'est pas exclu que les connaissances biochimiques du fonctionnement cérébral normal se développent dans les années à venir. Une étude des dysfonctionnements du cerveau pourrait alors, mais alors seulement, modifier le tableau de la psychiatrie...

Les remarques percutantes de Szasz qui rappelle que « toutes les maladies ordinaires qu'ont les vivants, les cadavres les ont aussi ; de sorte qu'il est parfaitement possible de dire qu'un cadavre ait un cancer, une pneumonie ou un infarctus du myocarde ; mais que la seule, l'unique maladie qu'un cadavre ne puisse avoir, c'est une maladie mentale »<sup>128</sup> interpellent à juste titre ce modèle médical. Après tout, même les maladies fonctionnelles, qui forment le gros de la clientèle médicale, les dysfonctionnements du côlon, de la vessie, de l'estomac, seraient visibles sur le cadavre, à l'aide de techniques appropriées alors qu'à l'évidence ni une *névrose*, ni une *psychose*, ni une *perversion* n'ont de support organique.

Les psychiatres ne cessent de déclarer qu'ils s'occupent de vrais malades (*mentaux*), qu'ils en ont la preuve et possèdent les moyens de les différencier de ceux qui sont simplement déviants ou marginaux. « La fonction de la psychiatrie est une fonction de discrimination. Elle consiste à ne pas confondre l'anomalie statistique, qui est la déviance, sensible au groupe, avec l'anomalie dans le développement de la personne, qui est peut-être maladie ».<sup>129</sup>

Il est tout de même curieux que les psychiatres soient les seuls à prétendre ne pas confondre le *pathologique* et l'*anormalité*.

Car les patients (et il faut bien leur prêter l'oreille !) ne cessent de dire que les psychiatres se trompent quotidiennement à vouloir qualifier de maladie ce qu'ils savent eux, n'être qu'une différence. **Serait-ce parce que la différence entraîne de la souffrance qu'elle serait maladie ?**

Les psychiatres font penser à des géomètres bornés qui, cherchant à définir la frontière entre le pays des *fous* et le pays des *normaux*, arpenteraient le site dans tous les sens, d'un point fort du terrain à l'autre, pour délimiter

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

une frontière naturelle qui convaincrerait tout le monde, ou ne satisferait personne parce qu'elle n'existe pas !

Doter le décor de la *maladie mentale* d'un triple éclairage, organique, psychologique et social, ne change rien si les projecteurs ne sont pas déplacés pour être braqués non plus sur les individus, mais sur l'espace qui les sépare.

« **La maladie mentale, dit Szasz, c'est la définition fautive d'un problème qu'on a avec les autres.** »<sup>130</sup> Au début du siècle, Sullivan un psychiatre américain avait magistralement écrit : « La psychiatrie n'est pas l'étude impossible d'une personne qui souffrirait d'une maladie mentale, mais bien l'étude d'un trouble des relations interpersonnelles qui semble se cristalliser plus ou moins nettement à l'intérieur d'un individu. »<sup>131</sup> Lorsque Daumezon parle d'une révolution copernicienne de la psychiatrie, il a raison, mais s'il croit qu'elle a déjà eu lieu il a tort. Tout l'appareil diagnostique et thérapeutique de la psychiatrie peut en témoigner. « La révolution consiste à considérer la conjoncture où le patient se situe et éventuellement d'y situer le trouble, le malade cessant d'être le point d'où on regarde. »<sup>132</sup>

Et Szasz de conclure :

« Quand je dis que **les prétendues maladies mentales** sont des problèmes d'existence, je veux simplement dire que **ce sont des questions d'existence et de signification, et non de santé et de maladie.** Freud le savait bien et le disait quand il reconnaissait que ses études de cas se liaient plus volontiers comme un roman que comme un écrit médical. C'est précisément la question : les romanciers écrivent sur la vie des gens et ce qu'ils écrivent est largement autobiographique. Quand les prétendus malades psychiatriques racontent à leur médecin le même genre d'histoire, les médecins en concluent que des gens qui vivent ainsi doivent être malades et ils diagnostiquent la maladie mentale.

Si c'est cela un diagnostic, c'est la plus grosse bêtise du monde moderne. »<sup>133</sup>

MANIAQUE

Lorsque les gens disent de quelqu'un qu'il est « *maniaque* » qu'il souffre de « *manie* », ils font allusion aux habitudes bizarres, ridicules et souvent tyranniques auxquelles il s'adonne. En psychiatrie, l'expression a un autre sens. Est maniaque une personne dont toute l'activité psychique est excitée et accélérée. La manie évolue habituellement de façon cyclique. On lui reconnaît un caractère héréditaire manifeste et une origine évidente.

Pour le psychiatre, la personne *maniaque*, très caractéristique, se reconnaît au premier coup d'œil. Sa tenue est souvent excentrique, colorée, décorée, fantaisiste, débraillée. La personne frappe par sa familiarité et sa jovialité. Elle paraît en super-forme, ne se fatigue pas, ne songe ni à dormir ni à manger et bénéficie d'une énergie hors du commun. Elle ne tient pas en place. Elle est constamment en mouvement et pleine de projets. Elle entreprend mille choses à la fois et ne termine jamais rien. Sa faculté de concentration est nulle, la dispersion et la fuite des idées totales. L'euphorie est de rigueur mais, derrière le rire et la plaisanterie, pointent une angoisse et une tristesse massives. Le *maniaque* comprend plus vite que les autres. Il perçoit aussi tout ce qui se passe dans son entourage et, comme violence et agressivité caractérisent sa personnalité, il peut être extrêmement désagréable et offensant avec ses proches. Il est souvent affligé d'un incroyable besoin d'écrire tout ce qui lui passe par la tête, mais ses écrits sont souvent illisibles et désordonnés.

Il a la conviction que rien ne va lui résister. Il entreprend alors les démarches les plus excentriques et souvent parvient à ses fins. La note de téléphone s'allonge démesurément, et toutes les autres factures suivent cette inflation, puisque le maniaque se livre à des achats considérables et inconsidérés. Une patiente, dans cet état, n'a-t-elle pas commandé à Toulouse par téléphone, une flotte de Super-Caravelle, qui devait lui être livrée dans les plus courts délais ? La commande a d'ailleurs été enregistrée !

Le *maniaque*, en résumé, se joue un terrible cinéma, dont il est à la fois l'acteur, la victime et le spectateur. *L'état*



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*maniaque* n'est en fait que l'exagération d'une tendance cyclique à laquelle nous sommes tous soumis. Il varie d'ailleurs en intensité. Lorsqu'il est modéré, les psychiatres parlent d'*hypomanie* ; lorsqu'il est violent, d'accès maniaque aigu.

Le *maniaque* est difficile à supporter pour son entourage, parce qu'il l'épuisé, lui « casse les pieds », l'empêche de dormir etc. C'est pour les *maniaques* que les psychiatres ont construit des pavillons fermés et des cellules d'isolement. Là, ils sont protégés contre les bêtises et les achats inconsidérés qu'ils pourraient faire en ville, mais en même temps ils se persuadent qu'ils sont de « *grands-méchants-fous* » à boucler entre quatre murs. Jamais ils n'ont l'occasion d'apprendre à se contrôler et se maîtriser, à sentir l'état d'excitation venir et à s'imposer une hygiène de vie adéquate pour empêcher le développement de la crise. La cyclicité des accès est ainsi à la fois observée et « autorisée » par les psychiatres.

L'étude des états *maniaques* paraît plus intéressante du point de vue de l'autorégulation que la personne pourrait opposer à son excitation psychique. En période de crise, il est plus important d'affecter un soignant, en permanence, à la personne *maniaque*, qui restera avec elle jour et nuit et le temps qu'il faut, que de l'enfermer dans une cellule. Le *maniaque* sait qu'il peut influencer et contrôler ses crises mais, comme il connaît aussi l'autre phase dépressive du cycle et qu'il s'y trouve si mal, il aime à profiter de cet état d'euphorie, bienvenu et passager.

Sur le plan des médicaments, les psychiatres traitent l'accès *maniaque* par les *neuroleptiques*, dont les plus connus sont l'*halopéridol* et la *chlorpromazine*. Les sels de *lithium* sont également utilisés, pour calmer les crises (surtout aux Etats-Unis) et pour prévenir leur déclenchement.

## MASSAGE

Certaines techniques de massage ont été apprises récemment par les soignants afin d'améliorer, à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique la relation avec les malades. Comme pour les autres techniques s'adressant au *corps*, cette approche se veut surtout relationnelle. Elle consiste en un

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tapotement un *ratissage*, un *martelage* ou un *pétrissage* d'une partie ou de tout le corps. Ces massages peuvent se faire en position assise, debout ou couchée, de façon plus ou moins appuyée, avec ou sans vêtement. Un soignant vous proposera peut-être l'un ou l'autre massage. Vous pouvez également les lui demander. Si vous parvenez à vous détendre et à vous laisser masser, vous éprouverez un certain bien-être, qui dépendra naturellement aussi de l'aisance et de la finesse du soignant.

### MASTURBATION

La masturbation, l'onanisme, l'autoérotisme et autres plaisirs que les psychiatres qualifient de « *solitaires* », méritent d'être mentionnés dans tout livre sérieux de psychiatrie. Le terme de masturbation a donc sa place dans ce guide !

Il a sa place, comme l'énorme éclat de rire à la sienne, réservée de longue date, lorsque les psychiatres se mettent à discuter de l'hypothèse masturbatoire des *maladies mentales*.

N'ont-ils pas attribué durant plus de deux siècles les pires conséquences — maux, maladies, troubles et autres péchés — à cette « dégoûtante habitude »<sup>134</sup> !

Eux qui décidément ne savent rien, et n'en savaient évidemment pas davantage en 1760, se jetèrent sur le traité du Dr Samuel Auguste Tissot, médecin lausannois, publié à cette époque : « Onanisme ou traité sur les maladies produites par la masturbation ». Ce livre, comme le surligne Jaccard, a eu un succès retentissant dans toute l'Europe durant plus d'un siècle et les plus grands psychiatres du XIX<sup>e</sup> siècle continuèrent à penser que la masturbation endommageait les esprits, les cerveaux et les corps.

Les psychiatres ne pouvaient tout de même pas se renier et perdre la face : ayant soutenu pendant des siècles qu'ils avaient découvert avec la masturbation l'origine des maladies mentales, comment pouvaient-ils, maintenant, dans leurs traités modernes passer ce sujet sous silence ? Voyons ce qu'ils en disent.

« La masturbation n'est pas génératrice de *névrose*, elle est signe de *névrose*... »<sup>135</sup> ; « La prophylaxie de l'onanisme

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

dans l'enfance doit être fondée sur une hygiène générale convenable... »<sup>138</sup>

Autrement dit, la masturbation n'est plus à la mode en tant qu'origine de la *folie*, mais elle en est toujours un symptôme sérieux, qu'il faut combattre dès l'enfance... !

Décidemment, ces Messieurs continueront à nous faire rire, autant que la remarque du brave Tissot sous la rubrique « Traitement de la masturbation » : « Un seul regard sur le crucifix aide plus que tout... »<sup>137</sup>

Les psychiatres forgent depuis des siècles des théories stupides sur l'origine de la *maladie mentale*. Ils diffusent largement des idées vaseuses qui leur tiennent lieu de dogmes et, en leur nom, commettent les pires infamies. Il en va exactement de même, à l'heure actuelle pour les *électrochocs* et la *psychochirurgie*, techniques qui ne reposent sur rien de sérieux.

Car l'énorme éclat de rire du début devient grinçant, à contempler les traitements que les psychiatres proposaient pour guérir les masturbateurs. Ils ont tout essayé, tout pratiqué. Toutes les horreurs possibles furent imaginées et commises. Sur des patients-victimes par milliers, ils ont sectionné les pénis, coupé les testicules, extirpé les ovaires, mutilé les clitoris, placé des ceintures de chasteté, posé des anneaux de métal munis de pointes et de dentures qui s'enfonçaient dans le pénis en cas d'érection, transpercé les pénis de part en part... Ils ont lié les mains de leurs patients, les ont enfermés dans des sacs, ils ont électrifié leur épine dorsale, ils les ont tant et si bien attachés sur leur lits que leurs membres se sont progressivement paralysés, gangrenés, infectés, atrophiés...<sup>138</sup>

Alors, passons sur ce sujet délicat, comme chat sur braise. Ne nous arrêtons pas aux tortures qu'ils ont fait subir à des quantités de malheureuses victimes innocentes.

Pour finir, il faut encore rappeler, avec Szasz<sup>139</sup>, que comble de l'absurde, la masturbation, grande responsable de la folie au XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, est tenue à l'heure actuelle pour une thérapeutique efficace : Masters et Johnson, les deux réputés sexologues américains, ne font-ils pas masturber et se masturber, patiemment longuement et méthodiquement, les gens qui leur sont adressés pour impuissance sexuelle ou frigidité !...<sup>140</sup>

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Le vent de la psychiatrie a tourné, entraînant les girouettes bien connues que sont les psychiatres !

### MEDICAMENT

Depuis que les hommes ont pris conscience des dures réalités de leur vie ici-bas, ils ont été tentés d'en adoucir certains aspects. Ainsi ont-ils absorbé depuis des siècles différentes drogues censées alléger — ou leur donner l'illusion d'alléger — leurs souffrances. Les anciens consommaient des *stupéfiants*, *opium*, *haschich*, *coca*. Les modernes consomment des *médicaments*.

Les médicaments sont des *drogues*, ou substances chimiques, qui, en principe, apportent plus de bien que de mal à ceux qui les consomment. L'usage veut qu'on nomme *toxiques* les substances qui n'apportent que du mal (eau de javel), *drogues* celles qui apportent du bien et du mal en quantités variables (héroïne) et *médicaments* celles qui apportent plus de bien que de mal (pénicilline).

D'emblée, on voit qu'il n'est pas facile de ranger l'alcool (vins et apéros) dans l'une ou l'autre de ces catégories : les boissons alcoolisées restent l'un des meilleurs médicaments contre l'angoisse, et deviennent drogues, voire toxiques lorsque leurs bienfaits diminuent et que ne subsistent plus que les effets indésirables de l'alcoolisme.

Les substances utilisées en psychiatrie, depuis 1952 surtout, pour traiter les *maladies mentales*, ont ouvert l'ère de la *chimiothérapie*, et furent d'emblée classées par les psychiatres parmi les médicaments. Ces substances font-elles réellement plus de bien que de mal aux personnes qui les absorbent ?

Les médicaments psychiatriques sont classés en plusieurs grands groupes d'actualité : les *neuroleptiques*, les *antidépresseurs*, les *tranquillisants*, les *somnifères* et les *antiépileptiques*, médicaments que l'on englobe parfois tous sous le nom de psychotropes. Il y a encore les sels de *lithium* qui sont d'une classe à part. Les psychostimulants, comme les *amphétamines*, sont moins utilisés en Europe où on les tient davantage pour des drogues que pour des médicaments, mais ils le sont, et largement, aux Etats-Unis, en psychiatrie infantile.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Enfin le *disulfiram* et l'*acétate de cyprotérone* (cf. castration chimique) ne sont pas des médicaments à proprement parler.

Les seules personnes qui puissent se prononcer valablement sur les psychotropes sont les malades. Ils pourraient nous dire s'ils tiennent les substances que les psychiatres administrent pour des drogues, des toxiques ou des médicaments, selon ce qu'ils ressentent en les absorbant.

A l'hôpital psychiatrique, les statistiques concernant les médicaments sont très éloquentes : plus d'un tiers des pilules soigneusement et amoureusement préparées par le personnel soignant, ne sont pas absorbées, mais retrouvées dans les toilettes, dans les tiroirs des tables de nuit, dans la poubelle et... dans l'estomac du verrat de la ferme.

Pourtant la plupart sont administrées sous contrôle, sinon sous contrainte. L'infirmière ou l'infirmier responsable prépare, dans son petit local de pharmacie, régulièrement fermé à clé, un plateau avec un petit godet pour chaque malade. Le plateau est préparé quatre fois par jour avant chacun des principaux repas et le soir au coucher. Les comprimés sont avalés habituellement devant l'infirmière qui contrôle que vous le mettez dans la bouche, prenez une gorgée d'eau et déglutissez le tout. Il n'est pas facile de « maquiller » mais certains malades y ont développé une très grande habileté, que le personnel soignant, malgré toute sa ruse, ne peut déjouer.

Les pilules sont dissimulées sous la langue ou dans la joue, le patient fait comme s'il avalait et recrache le tout lorsque l'infirmière a le dos tourné. Il peut aussi jouer aux illusionnistes et glisser les pilules dans sa manche au lieu de les mettre dans sa bouche, etc. Pourquoi tant de ruses pour ne pas absorber ces pilules (ou seulement la moitié) ? Sans doute parce que les malades ne s'y trompent pas : **les petites pilules des psychiatres, plutôt que des médicaments, sont parfois des drogues qui font au moins autant de mal que de bien.** Chacune des grandes classes de « médicaments » psychiatriques a ses effets secondaires **et gênants**. Les malades les repèrent et préfèrent s'y soustraire, en renonçant aux bénéfices qu'ils pourraient en tirer.

Les médicaments psychiatriques ne s'absorbent pas seulement sous forme de comprimés. Ils existent en gouttes

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

prises dans un petit verre d'eau, en sirop et en injection intramusculaire et intraveineuse. Cette dernière forme est utilisée dans le pavillon fermé pour l'administration des *psychotropes* contre la volonté du patient.

Certains psychiatres sont tellement convaincus de l'efficacité de leurs médicaments, qu'ils négligent complètement leur mode d'administration. Même s'il faut se jeter sur le malade, le plaquer au sol avec trois infirmiers musclés, lui mettre un garrot, chercher la veine et injecter le contenu d'une seringue sous des hurlements de protestation, les psychiatres se disent « ce que nous faisons-là sont des traitements, nous administrons des médicaments qui apportent plus de bien que de mal à nos patients... ! »

Es croient que leurs malades ne remarquent pas qu'on leur fait violence ou qu'ils l'oublieront... Ils sont un peu naïfs. Ils ne veulent pas tenir compte du contexte dans lequel ils administrent les médicaments, contexte de contrainte et de force qui en détruit les effets, du moins les effets bénéfiques à long terme.

**Ils traitent avec des substances douteuses des maladies mentales incertaines.** Ils ne savent pas très bien ce qu'ils combattent ni avec quelles armes... Mais ça ne fait rien, disent-ils, allons de l'avant !

La prise des médicaments n'a ici de sens que si elle se fait avec l'accord complet du patient, dûment informé des effets positifs et gênants des substances proposées.

*Exigez d'obtenir toutes ces informations de votre psychiatre et qu'il tienne compte de votre opinion et de votre accord sur le traitement envisagé.*

## NARCISSISME

Après *Oedipe*, *Narcisse* est sans doute le personnage mythologique le plus souvent cité par les psychiatres.

« Nul adolescent n'était plus beau que lui, mais son orgueil était inflexible. Un jour, pour se délasser des fatigues de la chasse et des chaleurs de l'été, il vint s'asseoir auprès d'une source si transparente et si calme que ses eaux étaient comme un miroir. Apercevant son image réfléchie dans l'eau claire, fasciné, il contempla, comme en extase amoureuse, sa beauté et ses charmes. Rien ne put l'arra-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

cher à ses propres regards. Peu à peu, raconte le poète, comme le givre au soleil, il vit se faner et se fondre les rosés de son teint. Quand un feu secret l'eut consumé, les Naïades voulurent emporter son cadavre pour le brûler, mais ne trouvèrent à sa place que la fleur jaune et blanche qui porte son nom... »<sup>141</sup>

Pour les psychiatres et les psychanalystes — qui, pour sûr, ont moins de poésie — le *narcissisme* désigne « un retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux »<sup>142</sup> !

En somme, c'est l'amour porté à l'image de soi. A l'époque de Freud, on parlait de *névrose narcissique* pour désigner la *psychose*, et particulièrement la *schizophrénie*, qui serait la forme la plus extrême et la plus accomplie du narcissisme.

A l'heure actuelle, le narcissisme est un joyeux piment psychiatrique. Le gourmet averti saura le déceler dans tous les mets psychanalytico-comiques que nous servent quotidiennement ces gâtes-sauce de psychiatres. (Qui ne sont pas narcissiques, merci !)

Pour Szasz, toujours perspicace, « *le narcissisme traduit l'état du patient qui s'aime davantage qu'il n'aime son psychiatre !* »<sup>143</sup>

Trouble grave dont la guérison dépend des dispositions du sujet à apprendre à aimer son psychiatre plus que lui-même !... Sont fréquemment qualifiés de narcissiques les jeunes psychiatres qui déclarent préférer la compagnie des *fous*, à celle de leurs collègues psychiatres un peu sclérosés et très barbants !

## NEUROLEPTIQUE

Les neuroleptiques constituent le plus grand groupe de tous les médicaments psychiatriques — ou *psychotropes* — qui permettent la *chimiothérapie* des *psychoses*.

La paternité de ces médicaments revient cette fois, assurément (!), aux Français . Le chirurgien Laborit découvre en 1952 une substance proche des antiallergiques, qui semble avoir une curieuse action de « déconnexion cérébrale ». Il faisait alors des recherches en anesthésiologie, pour créer une « hibernation artificielle ». Il prévoit d'em-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

blée l'intérêt que cette substance « miracle » pourrait avoir en psychiatrie ; la *chlorpromazine* — c'est son nom — est bientôt commercialisée. Ce n'était que le premier d'une longue série de *psychotropes* qui allaient être synthétisés, testés et commercialisés par la suite par des firmes pharmaceutiques bien décidées à exploiter ce fantastique filon.

Tous les médicaments qui dérivent de la *chlorpromazine* et qui ont cet effet calmant et apaisant, sans provoquer d'endormissement, sont regroupés sous le terme de *neuroleptiques*, parce qu'ils ont, en plus, un effet particulier de « saisissement » (du grec *leptein*) sur le système nerveux volontaire et involontaire. Il en existe près d'une cinquantaine sur le marché, séparés en deux grands groupes, les « incisifs » parce qu'ils « mordent » sur les symptômes *psychotiques*, notamment le *délire* et les *hallucinations*, et les « sédatifs » parce qu'ils sont surtout efficaces dans les *états d'agitation* et les *états maniaques*. Les psychiatres et les pharmacologues se plaisent à faire ces subtiles différences. En réalité les neuroleptiques provoquent le syndrome d'imprégnation ou *syndrome parkinsonien*, qui comprend une sorte de rigidité du corps dont les mouvements sont plus difficiles à réaliser, un visage figé et des tremblements de repos, le tout rappelant justement *la maladie de Parkinson* ou paralysie agitante. Ce syndrome disparaît, en principe, lorsqu'on arrête d'en prendre.

Pour le malade, pris régulièrement ils entraînent deux effets majeurs : d'un côté, ils « tassent » l'esprit et le psychisme, de l'autre, ils figent les corps et les mouvements. Le malade sent une passivité intellectuelle et motrice l'envahir. Il se met un peu à « hiberner », comme gavait remarqué Laborit.

A l'asile, les malades « *sous neuroleptiques* » se reconnaissent de loin, surtout ceux qui en prennent depuis longtemps : ils marchent à petits pas, le corps raide, les bras figés le long du corps, le regard vide et le visage de cire.

Il n'est pas possible de citer tous les *neuroleptiques* qui y sont employés. Mentionnons toutefois les principaux que le malade risque de se voir administrer en cours de séjour, en rappelant que dans ce domaine chaque hôpital a ses habitudes.

Les plus puissants sont prescrits, en début de séjour, dans les pavillons fermés. Là, les malades les reçoivent



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

par la bouche, en gouttes, en comprimés ou en injections. Ceux qui sont surtout employés sont l'*halopéridol*, spécialement dans les états *maniaques* et les *délires aigus*, la *Chlorpromazine* et la *Lévomépromazine* (ce dernier étant spécialement efficace dans les états d'angoisse et d'agitation importants). La *clotiapine*, la *promazine* et la *trifluopérazine*, sont aussi volontiers utilisés parce qu'ils peuvent être injectés intraveineux pour le premier, intramusculaire pour les deux autres.

Par la suite, en pavillon ouvert, les psychiatres préfèrent en utiliser de moins puissants, comme la *Thioridazine*, la *propériciazine*, le *Pimozide* et la *Clozapine* (ce dernier représentant l'insigne avantage de ne pas provoquer de parkinsonisme).

Il en existe enfin une dernière classe, de découverte plus récente, les neuroleptiques dépôt ou retard. Administrés en une seule fois (injection intramusculaire), ils agissent pendant un temps prolongé (2 à 4 semaines). Le malade se promène alors avec un « petit laboratoire » dans la fesse, qui distille régulièrement dans son organisme les substances calmantes requises par son état mental.

Les *neuroleptiques*, comme les *antidépresseurs* d'ailleurs, provoquent des effets secondaires, ou indésirables, qu'il faut connaître. Ils induisent une certaine somnolence, des vertiges au changement de position, une sécheresse de la bouche, des troubles de la vision et, chez les femmes, l'arrêt des règles et parfois une sécrétion au niveau des seins. Ils diminuent l'envie d'avoir des relations sexuelles et peuvent rendre impuissants. Tous mais surtout la *Lévomépromazine*, font grossir, parce qu'ils donnent faim et qu'ils entraînent une rétention d'eau qui se remarque à la peau bouffie du malade.

La plupart d'entre eux, doivent être administrés avec des médicaments qui corrigent leurs effets indésirables. Surtout pour ce qui est du parkinsonisme. Pour diminuer la rigidité musculaire et les tremblements, les psychiatres prescrivent un médicament antiparkinsonien, qui se prend sous forme de comprimés, avec les *neuroleptiques*. Mais souvent, le plus efficace et le plus logique, est de diminuer les doses fréquemment excessives. On peut toujours, de soi-même, et sans aucun risque pharmacologique, diminuer la dose jusqu'à trouver celle qui est efficace sans effets gê-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

nants. De toute façon, ce problème des doses doit être discuté avec le médecin. Car, quoique décide le psychiatre, ce n'est pas lui, mais vous, qui avalez les petites pilules et, en définitive, c'est à vous seul de décider si vous voulez en prendre et combien.

Il n'y a aucun danger, sur le plan chimique, à arrêter d'un coup les neuroleptiques. Mais il faut souvent continuer à prendre pendant quelque temps le médicament anti-parkinsonien, jusqu'à leur élimination complète de l'organisme.

Ces médicaments ne créent en principe pas de dépendance, du moins pharmacologique. Ils sont éliminés par le foie et par les reins. Lorsqu'on arrête d'en prendre, au bout d'un certain temps, l'organisme n'en contient plus et c'est comme si on n'en avait pas pris. Toutefois, pour les personnes qui en ont pris beaucoup et pendant longtemps, on a pu observer des effets parkinsoniens définitifs localisés au niveau de la bouche et des lèvres. Ces effets correspondent d'ailleurs à des modifications, visibles au microscope, dans les cerveaux des *schizophrènes* traités longtemps de la sorte. Adams a fait remarquer que « les lésions cellulaires rencontrées dans les cerveaux des malades mentaux sont en corrélation davantage avec la prise prolongée des psychotropes qu'avec la maladie mentale elle-même »<sup>144</sup>. Cette action des médicaments sur les cerveaux des patients est un effet iatrogène.

Pour être complet, il faut encore citer les effets des *neuroleptiques* sur la moelle (diminution brutale des globules blancs), sur le foie (jaunisse), sur la peau (intolérance au soleil) et, accident exceptionnel, sur le système nerveux central et, notamment, les centres cérébraux de la régulation de la chaleur, qu'ils peuvent dérégler, provoquant le très grave syndrome malin des *neuroleptiques*, souvent mortel.

### NEVROSE

Les psychiatres aiment à différencier la *psychose* de la *névrose*. La première serait grave, altérerait le jugement, le contact avec la réalité et les capacités de se débrouiller

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

dans la vie. La seconde serait moins grave. Le patient s'en sait atteint et il en souffre. La *névrose* n'altère en principe pas le contact avec la réalité et l'adaptation sociale.

Imaginée à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la *névrose* est, au XIX<sup>e</sup>, un fourre-tout, dans lequel les médecins ont mis tous les troubles disparates, qui n'avaient pas de base anatomique connue. Freud est le véritable réinventeur de la *névrose*. Il en fait une description exhaustive, démontre qu'il y en a plusieurs (*obsessionnelle, phobique, hystérique, d'angoisse, personnalité névrotique, structure névrotique*, etc.) et affirme que les symptômes de cette maladie sont l'expression symbolique d'un *conflit psychique* de nature sexuelle, trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet. La notion de traumatisme sexuel est avancée et la technique de la psychanalyse proposée pour amener progressivement ce traumatisme à la conscience du névrosé. Dès lors, il serait guéri !

Depuis le début du siècle, des patients par milliers sont venus s'étendre sur le divan des psychanalystes pour inventer, du mieux qu'ils pouvaient, un beau traumatisme infantile, qui allait faire plaisir à leur psychiatre et leur donner, à eux-mêmes, une bonne excuse de rester malades, c'est-à-dire dépendants d'autrui. Les psychanalystes ont démontré (!) que ce traumatisme se situait au voisinage de ce bon Oedipe et de son complexe, c'est-à-dire entre 3 et 5 ans. Tout ce qui se passe avant cette période est qualifié de *pré-œdipien* ou *prégénital* et engendre une *psychose*. Ce qui se passe pendant ou après le complexe d'Oedipe est qualifié de génital : c'est du bon, du moins grave, du névrotique. Cette histoire de *névrose*, de *psychose* et d'Oedipe, cette autre histoire de traumatisme sexuel dans l'enfance ont pris valeur de dogmes, ce qui permet, d'affirmer avec Szasz que « **ce n'est pas la religion qui est une névrose, mais la névrose qui est une religion** »<sup>145</sup>, **avec ses dogmes, et ses grands prêtres les psychanalystes.**

La multitude des patients dits *névrosés* qui se présentent dans leurs cabinets font vivre les psychiatres privés. Tant mieux pour eux ! Parfois, les patients s'en trouvent améliorés, ce qui est encourageant !

Néanmoins, tout ce petit marché gravite autour de deux impostures : La première : la *névrose* est une « maladie » relevant d'un médecin et la seconde : on peut la « gué-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

rir ». Les psychanalystes n'affirment-ils pas en effet que **la psychanalyse n'a jamais guéri personne !**

La réalité est un peu différente et moins glorieuse : il y a des gens qui ont des problèmes de croissance, et craignent de devenir adultes et de prendre certains risques. « Ils ont peur de jouer, comme le souligne Péris, de jouer leur rôle sur la scène de la vie, ce qui entraîne un trac considérable. Ils ont peur d'abattre leurs cartes, même s'ils ont tous les atouts en main. »<sup>146</sup>

### NORMAL

Parler de normal et de normalité dans un tel guide, c'est assurément faire preuve de *folie* ! S'aventurer sur un terrain extrêmement dangereux, vaseux et glissant, sinon délicat et controversé ! De toute évidence, **est normal celui qui n'a pas été repéré par le psychiatre**. Au moment où il trace ces mots, celui qui les écrit n'est déjà plus normal, puisqu'il va se faire repérer... Est normal celui qui n'est pas *fou*. Est *fou* celui qui n'est pas normal. Bonnet blanc, blanc bonnet.

Je connais un grand patron, fort respectable par ailleurs, qui m'a dit un jour, en toute candeur : « Moi, Monsieur, de toute ma carrière, je n'ai jamais rédigé un seul certificat de normalité ou de santé mentale... » Il venait d'être alerté par un confrère de la ville voisine, très fâché, qui faisait des pieds et des mains pour que quelqu'un de compétent veuille bien reconnaître et attester que son frère était *fou, malade mental, à soigner*... Charmante famille ! J'avais vu le frère, qui se sentait menacé (on le comprend !), et j'avais rédigé un certificat de santé mentale. En écrivant que, « n'étant pas atteinte dans sa santé mentale, cette personne ne relevait actuellement pas d'un traitement psychiatrique », je songeais que ce monsieur était aussi normal que son frère, ou aussi *fou*, comme vous voulez !... Le sympathique collègue, furieux de mon papier, qui déjouait tous ses plans téléphonait sans tarder à mon pa-pa-, mon patron, pour se plaindre de mon attitude antimédicale, anticollégiale, anticonfraternelle, et sans doute antipsychiatrique...

Vous connaissez sa réaction... Et ce patron qui m'expli-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

quait qu'il avait rédigé toute sa vie des certificats de maladie mentale, mais pas un seul de santé mentale ! Ce qu'il affirmait est grave, inquiétant ! On songe immédiatement que s'il ne sait pas ce qu'est la santé mentale, il pourrait avoir quelque doute sur la notion de maladie mentale !

Quand les psychiatres se décideront-ils à reconnaître que, si leurs certificats de maladie prennent parfois, pour ceux qui les concernent, la valeur d'un arrêt de mort ou d'incarcération, un certificat de santé mentale pourrait bien prendre valeur de vie et d'espoir ?

Pourquoi les refusent-ils alors à leurs patients ? Seraient-ils un peu couards ?

**Est normal celui qui n'est ni névrotique ni psychotique.**

Arrive Freud, et le Maître affirme qu'il n'y a aucune différence fondamentale entre l'individu *réputé normal* et le *névrosé*.

**Est normal et névrosé celui qui n'est pas psychotique.**

Est normal, vous dis-je, « le jeune homme de bonne famille, qui fait comme tout le monde et n'est comme personne »<sup>147</sup>

Est normal, selon un grand psychanalyste « celui qui s'adapte à lui-même comme aux autres, sans se paralyser intérieurement dans ses conflits obligatoires, ni se faire rejeter par les autres... »<sup>148</sup>

Parce que ceux qui excluent des familles, rejettent en dehors des immeubles, expulsent en dehors des cités, parce que tous ces psychiatres ampoulés, constipés, sérieux comme des papes et tristes, si tristes de vivre, seraient normaux... ?

Messieurs les Normaux, un peu de modestie ! Vous n'êtes pas les seuls à souffrir de cette maladie !

La normalité, ça peut s'attraper comme toutes les autres maladies honteuses. D'ailleurs, les antipsychiatres sont tous des anormaux, promis, juré ! craché par terre !

## NOURRITURE

La misérable qualité des repas est une véritable honte dans la plupart des hôpitaux psychiatriques. C'est aussi la grande déception des malades pour qui ce moment de la

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

journée a tant d'importance. Naguère, ils mangeaient encore dans des gamelles, une sale tambouille, extraite à grands coups de louche d'un seau amené des cuisines. Actuellement, dans beaucoup d'hôpitaux, les patients ne sont pas libres d'organiser les repas comme ils l'entendent et de se rendre à la cantine.

Au contraire, rassemblés à 12 heures à la salle à manger, ils reçoivent le potage à 12h 07... En principe à 12h 10, l'affaire est réglée, chacun doit avoir fini.

Rien ne vous empêche pourtant de prendre votre temps, d'exiger un repas qui se déroule décemment, à un rythme digestible !... Il est aussi possible d'améliorer l'ordinaire par des colis de l'extérieur, par des achats ou par un complément consommé à la cantine. Encore faut-il avoir de *l'argent*.

Récemment, les pensionnaires d'une clinique psychiatrique de renom<sup>149</sup> se sont fâchés et ont retourné, sous enveloppe, au directeur ce qui leur avait tenu lieu de viande, au dernier repas. Un week-end s'étant écoulé entre l'envoi et la réception, vous imaginez sans peine le fumet qui envahit le bureau du directeur... qui s'est fâché à son tour, mais l'histoire ne dit pas si les menus se sont améliorés !

## NUIT

Les nuits asilaires commencent au départ de l'équipe soignante du soir (vers 21 h) et se terminent à l'arrivée de l'équipe du matin (vers 7 h). A l'hôpital psychiatrique, elles peuvent poser des problèmes particuliers. Car le personnel soignant, très restreint (1 ou 2 veilleuses ou veilleurs par pavillon ou service), est dans ces conditions toujours remplacé par des médicaments. Chacun a un somnifère plus ou moins puissant, selon l'habitude que l'on a de ce médicament et l'intensité de l'insomnie. S'il n'est pas efficace, *veilleuses* et *veilleur de nuit* commencent à s'inquiéter. La nuit asilaire doit être calme. Ils regardent si un *médicament de réserve* a été prescrit, et vous le feront prendre. L'important est que vous *dormiez* et que vous soyez tranquille, très tranquille. Il est difficile d'avoir, la nuit, des entretiens avec la veilleuse ou le veilleur. En général, ils n'ont

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

pas le temps et ne sont pas très disponibles. De plus, ils sont souvent inquiets.

C'est la nuit que surviennent habituellement les difficultés qui peuvent aboutir au *transfert*. Le veilleur, ou la veilleuse appelle alors le chef veilleur, qui vient « régler le cas ».

Régler le cas, c'est discuter un brin, administrer une « réserve » si elle est inscrite, et procéder au transfert si ces mesures ne sont pas rapidement efficaces.

Donc, sachez-le, si vous voulez éviter un transfert en pavillon fermé, ou dans un « *isolement* » si vous êtes déjà enfermé, restez calme et faites en sorte que le chef veilleur ne se dérange pas. Car si cet auguste personne se déplace, le transfert est quasiment décidé. Les fugues surviennent aussi la nuit, surtout à partir des pavillons ouverts et par les fenêtres. Si l'on en fait une il vaut mieux savoir à l'avance où l'on veut aller et penser qu'il n'est pas facile de trouver rapidement un logement, ni forcément agréable de passer une nuit à la belle étoile.

## OBJETS PERSONNELS

A l'entrée à l'hôpital psychiatrique, vos objets vous seront soustraits, si vous êtes hospitalisé dans un pavillon fermé. A l'occasion d'un *inventaire*, qui ne se déroule pas toujours en votre présence, une liste de vos objets personnels, papiers d'identité, argent, bijoux et autres valeurs, est établie. Les objets sont mis dans un sac en plastique et, déposés à la comptabilité ou autre endroit de confiance de l'asile. Le reste, valises et vêtements, est aussi inventorié, et placé en un lieu sûr, dans votre pavillon. Le but est clair pour l'hôpital : **protéger vos affaires personnelles**, prévenir pertes et vols. **Mais pour vous, vous vous trouvez subitement dépouillé d'une partie de vous-même**, à laquelle vous tenez, surtout vos vêtements. Il faudrait alors être d'une extrême naïveté pour ne pas évoquer les mesures semblables qui s'abattent sur le suspect au moment de son incarcération. « Une fois dans la prison, le suspect se voit confisquer ses vêtements et ses objets personnels, tout ce qui sert de support à son identité... Réduit à l'anonymat... l'inculpé est en général conduit dans un isolateur,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

c'est-à-dire une cellule étroite où il va rester seul pendant une période indéterminée... Aussi longtemps que dure l'isolement, il est coupé de tout contact humain... Sans rien à faire, sans rien à lire, sans personne à qui parler, l'inculpé est livré à une angoisse grandissante... »<sup>150</sup> Ce récit décrit les procédés de la police d'un régime totalitaire. Mais il s'applique également, et à la lettre, à ce qu'il advient de certains malades à l'asile psychiatrique. Dans un cas, c'est un procédé de torture ; dans l'autre, est-ce une mesure thérapeutique ? Dans un cas l'angoisse s'en trouverait décuplée ; dans l'autre, améliorée et traitée ? Curieuses contradictions !

Que veulent au juste les psychiatres ? Et où est leur imagination, s'ils se réfèrent sans cesse à des *punitions* éprouvées pour justifier et expliquer leurs traitements.

*Au moment où l'on va vous enlever vos objets personnels, si vous vous sentez la force de résister et de les garder avec vous durant votre séjour en pavillon fermé, opposez-vous à l'inventaire et faites valoir vos droits de les conserver tout au long du séjour.*

### OBSERVATION

A l'hôpital psychiatrique, la période d'observation suit immédiatement l'admission et inaugure, si l'on peut dire, votre séjour dans ce milieu. C'est un bien mauvais présage. Elle sera suivie de la période de *traitement* proprement dit.

Pour mieux vous traiter, les psychiatres veulent en savoir davantage sur votre *folie*. Souhait louable, mais comment le réaliser ?

Ils vont vous interner, vous isoler, vous dépouiller de vos objets personnels, vous mettre dans une ambiance complètement démente, portes closes, malades bizarres, infirmiers musclés, ordres, règlements, étrangeté... et ils vont regarder. Ils observent quel type de *folie* vous présentez : violente, délirante, angoissée, déprimée, apathique, etc. Le résultat de ces observations conduit à une proposition de traitement : pilules rouges pour la violence, violettes pour le délire, rosés pour l'angoisse, mauves pour la dépression, vertes pour l'apathie...



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Avec leurs observations en milieu fermé, les psychiatres font penser à ces pauvres enfants qui vont à la fourrière pour choisir un chien. Il faut qu'il ait bon caractère, qu'il soit gentil et vif. Et voilà qu'ils les trouvent tous pareils, amorphes et apathiques au fond de leur cage.

C'est l'effet du chenil. Comme pour leurs frères humains, les chiens en cage, désespérés, meurent de n'être pas aimés.

Et les psychiatres, eux, prennent note des manifestations pathologiques de leurs malades. Elles proviennent pour l'essentiel de la situation *d'enfermement*.

En psychiatrie, il est impossible d'« observer » un malade, comme le médecin observe un eczéma ou une varicelle. Le malade mental est radicalement modifié par le fait d'être observé comme un objet par l'observateur lui-même. En physique c'est un fait acquis depuis qu'Heisenberg a posé son principe : « les choses observées sont modifiées par le fait d'être observées ». Fort du modèle médical de la *maladie mentale*, les psychiatres observent leurs « malades », pour faire comme leurs collègues à l'hôpital général.

**Quand entreront-ils en relation et communiqueront-ils avec leurs patients ?**

ŒDIPE (complexe d')

Sûrement le personnage le plus connu de la psychiatrie contemporaine ! Il vient de la Grèce antique nous rappeler, à tout bout de champ, qu'un fils peut tomber amoureux de sa mère et une fille de son père. A partir de ce désir sexuel pour le parent du sexe opposé se développent la jalousie et l'hostilité vis-à-vis du parent du même sexe. Car *Œdipe*, faut-il le rappeler, tua son père et épousa sa mère.

Les analystes s'intéressent beaucoup au complexe d'Œdipe. Ils l'appellent *le complexe des complexes*, ou le *complexe nucléaire des névroses*. Ils pensent qu'il joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité et dans la bonne orientation du désir humain. Pour eux, il y a les très malades, qui n'atteignent jamais le stade de développement correspondant à la période de ce complexe (entre 3 et 5 ans), ce sont les psychotiques, et les autres,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

qui atteignent cette période sans pour autant résoudre le complexe (ou le liquider !), ce sont les *névrotiques*.

Ainsi les psychanalystes, et dans leur foulée tous les psychiatres parlent, à propos de leurs malades et de leur sexualité d'état (ou de structure) *Œdipien* ou *prædipien*. Il faut savoir (au fait, pourquoi faut-il le savoir ?...) que *prædipien* veut dire « sérieusement malade », et *œdipien*, « moins malade ». Voilà pourquoi, lors des savants colloques, vous entendrez peut-être parler de M. Œdipe. Ce Monsieur-à-pied-enflé (*œdipos*) et aveugle de surcroît a marché longtemps jusqu'à nous, après avoir tué Laïos son père, épousé Jocaste sa mère, et s'être arraché les deux yeux de désespoir lorsqu'il découvrit ce cruel destin. Aveugle et maudit, chassé de Thèbes, repoussé comme un objet d'horreur par tous les citoyens, *Œdipe*, accompagné d'Antigone sa fille, n'est pas mort en Attique près de Colonne, dans un bois consacré aux Euménides. Il s'est relevé, vous dis-je, pour marcher jusqu'à nous et servir de repère et de date clé aux psychiatres. Il en a profité pour nous raconter le fin fond de son histoire. Il avait une bonne raison de faire la peau à son papa ! Laïos était un pédé notoire. Même qu'il avait détourné et violé Chrysippe, le fiston du roi Pélopos. Les dieux, pas contents du tout de ce crime pédérastique (le premier de l'histoire de l'humanité) décidèrent de se venger en annonçant à Laïos que son fils le tuerait. Du coup, quand *Œdipe* naquit il l'arracha des bras de sa nourrice, lui perça les pieds d'un clou, les attachait et l'abandonna sur une montagne, suspendu à un arbre. Sympathique !... *Œdipe* avait quelques raisons de lui en vouloir !

## ORGANIQUE

Le terme organique, ou organiciste ou organogénique, se retrouve en psychiatrie comme adjectif qualifiant une maladie, un psychiatre ou une tendance doctrinale de la psychiatrie contemporaine. Ainsi on peut entendre parler de *maladie mentale* organique, de psychiatre organiciste et de théories organogéniques.

Utiliser ce terme, c'est admettre que la *maladie mentale* est une maladie cérébrale ou éventuellement une maladie générale de tout l'organisme qui touche aussi le cerveau.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Il existe des psychiatres qui y croient dur comme fer. Ils prétendent qu'à toute maladie mentale correspond une *lésion cérébrale*, même si cette dernière, microscopique au niveau cellulaire, est encore invisible. Ils disent, par exemple : « Le cerveau sécrète le délire, comme les reins sécrètent l'urine »<sup>151</sup>. Qui croit à l'origine organique de la maladie mentale estime logiquement que seuls les *médicaments* ou les *électrochocs* peuvent avoir une action thérapeutique. Comme le disait un petit-patron-grand-organiciste : « Un malade sans médicament est un malade sans traitement. »

La compréhension psychologique de la maladie paraissait superflue et la psychothérapie accessoire dans le traitement. Du remplissage, quoi... !

Attention, ne riez pas, il y a des quantités de gens qui pensent comme ça, en psychiatrie. Ils sont dangereux. Car ils s'intéressent davantage au cerveau de leurs patients qu'à la personne souffrante. Au nom d'une hypothèse, ils enferment, isolent, punissent, piquent les fesses et électrifient les cervelles de leurs patients en toute bonne conscience. Depuis peu, ils ont même repris goût à coupailler dans les cerveaux : aux USA, la *leucotomie* abandonnée dans les années soixante reprend de plus belle. La grande victoire des psychiatres organicistes est l'introduction des *neuroleptiques* et la maîtrise de l'agitation qu'ils leur attribuent. Un autre succès est la découverte qu'une maladie actuellement rare, la *paralysie générale progressive*, est due à une syphilis cérébrale. Les psychiatres organicistes ont pensé qu'ils allaient, de la même façon, découvrir une origine organique à toutes les autres « *maladies mentales* ». Leur champ de bataille actuel est la *schizophrénie*, mais aussi la grande masse des patients hospitalisés à l'asile dont ils disposent parfois de façon scandaleuse.

Lorsqu'à l'asile, vous entendez « organique » ou « endogène », dressez l'oreille et soyez attentif. Un traitement par les *médicaments* ou les *électrochocs* se prépare.

### PACK

*Pack*, signifie en anglais, envelopper. C'est l'une des techniques qui s'adressent au corps dans le double espoir d'a-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

méliorer le contact du soignant avec le soigné et du soigné avec son corps.

Il s'agit d'un emmaillotement dans des linges mouillés et des draps humides, qui enveloppent étroitement, des pieds à la tête.

La technique, déjà décrite en 1850, comme le rappelle Fréminville<sup>152</sup>, jouit actuellement d'une grande vogue dans les hôpitaux psychiatriques de pointe.

Le malade est allongé nu, sur un lit, dans une chambre calme. Chacun de ses membres est enveloppé dans de petites serviettes mouillées, les bras et le thorax dans une grande, les jambes et le bassin dans une autre de même taille ! tout est emballé dans deux grands draps, l'un mouillé, l'autre sec et, finalement, dans une couverture. De ce paquet ne dépasse que la tête. Le patient reste emmaillotté environ une heure. Les soignants sont présents pendant toute la durée du pack.

Le malade, ressent d'abord un « choc au froid » plutôt désagréable, puis se réchauffe progressivement et éprouve une sensation de bien-être qui lui donne envie de dormir. Là n'est pas le but, disent les « empaqueteurs »... Au contraire il faudrait « sentir quelque chose au niveau du corps », ce qui paraît aller de soi pour qui a tenté l'expérience chaud-froid, dans un sauna par exemple. Il faudrait aussi « entrer en relation avec les soignants de façon particulière ».

Pour celui qui a déjà soutenu à l'état de momie une conversation en société, le particulier de la relation n'étonne guère. Les psychiatres destinent les packs aux malades souffrant de *psychose*, spécialement lorsqu'ils sont en état de crise.

Vladimir Boukovski, le dissident soviétique, qui a une certaine expérience de la psychiatrie, rappelle que les enveloppements humides sont aussi utilisés à des fins répressives :

« On serre le malade dans des draps humides en l'attachant sur son lit, en le ligotant à toute force sous les tortillons entrelacés des draps. Les draps sèchent et enserrant le corps tout entier comme dans un étau. Ce n'est pas beau à voir. Souvent le malade perd connaissance. Tout le pavillon retentit des cris du torturé. »<sup>153</sup> Evidemment, cela n'arrive qu'en URSS !

PARANOÏAQUE

En psychiatrie, une foule de choses et de gens sont dits *paranoïaques*. Les psychiatres différencient les *délires paranoïaques* des *psychoses paranoïaques*, les *structures paranoïaques* des *caractères* et des *personnalités paranoïaques*, sans oublier les *délires*, les *psychoses*, les *structures*, les *caractères* et les *personnalités paranoïdes* !

Selon eux, personne ne serait préservé de la paranoïa qui, littéralement, signifie « pensée de travers ».

Les psychiatres se savent entourés de « *paranos* ». Certains même les approchent de très près, comme me l'a confirmé un grand patron : « J'entends, Monsieur, me disait-il, que vous collaboriez aux recherches cliniques fondamentales qui sont en cours dans mon hôpital. Je souhaite que vous ne preniez pas la même attitude que le Dr X, un *paranoïaque* notoire, qui m'a publiquement attaqué et soutenu partout que mes recherches étaient farfelues. Bien entendu, je l'ai renvoyé... » Ainsi donc, songeais-je en quittant son bureau, il existe des psychiatres « *paranos* » !

Le *paranoïaque* se reconnaît, paraît-il, à quatre signes fondamentaux : il ne « se prend pas pour des queues de cerises » il est méfiant, son jugement est altéré et, socialement, il s'intègre mal. Lorsqu'il délire, il a la conviction qu'il est persécuté ou qu'il est un grand personnage ignoré du monde. Attention, ne confondez pas, cette définition est celle du *paranoïaque*, et non du psychiatre. Persécuté ou non, grand personnage ou non, le *paranoïaque* a souvent des raisons objectives de croire ce qu'il croit. Et quand on dit de lui qu'il est « parano », on ferait bien de se demander si sa « *parano* » n'est pas de l'extra-lucidité.

L'ennui, c'est que cette lucidité l'empêche de vivre.

*L'érotomanie*, par exemple, fait partie des *délires paranoïaques*. Les personnes qui en souffrent ont la conviction délirante d'être aimées d'une personne de leur choix, souvent renommée, un politicien, un médecin, voire un psychiatre ! Cette conviction inébranlable trouve des preuves partout : la personne aimée n'ose pas déclarer son amour, elle voudrait le faire mais ne le peut pas ; si elle dit le contraire, c'est qu'elle cache ses véritables sentiments, etc.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Voici un « très beau cas d'érotomanie » ou de « délire paranoïaque ». Une dame respectable avait la conviction que son psychiatre était follement amoureux d'elle, mais n'osait le lui avouer. Elle le poursuivait de ses assiduités, espérant qu'enfin il oserait se déclarer. Le malheureux la trouvait partout en travers de son chemin, nuit et jour, en Suisse et à l'étranger, ou qu'il aille. Il a fini par la faire interner. Ce que l'histoire ne dit pas et ne dira jamais, c'est que ce sympathique docteur avait effectivement tenté de coucher avec elle, bien, bien longtemps auparavant et que la chère dame, extra-lucide (ou « parano », ou *érotomane*) avait consacré sa vie à le lui rappeler !

Encore une chose, non moins drôle ! Chaque fois qu'un psychanalyste entend « paranoïaque », il pense immédiatement et automatiquement à « homosexualité », aussi sûr que le chien de Pavlov salive au coup de sonnette. Freud a dit, une fois, que le délire *paranoïaque* était une façon de se défendre contre des tendances homosexuelles. L'affaire est devenue dogme de la chapelle analytique et il suffit que quelqu'un se sente un peu persécuté, pour que le psychanalyste-de-pointe cligne de l'œil et sourie d'un air entendu.

### PAVILLON FERME

Il s'agit d'un bâtiment aux portes verrouillées dont vous ne pouvez sortir, car vous n'en possédez pas la *clé*.

A l'hôpital psychiatrique, un tel bâtiment est un lieu de soins ! Il y a deux façons d'y être enfermé.

La première, appliquée sur une très large échelle, consiste à fabriquer des locaux dont toutes les portes sont ouvertes, sauf celles donnant sur l'extérieur, sur la rue ou le couloir qui conduit à la sortie. Il existe ainsi des pavillons, des ailes de bâtiment, des étages, qui sont séparés du reste de l'hôpital psychiatrique par une seule porte d'entrée fermée à clé. On les appelle aussi des services fermés.

La seconde façon est la cellule ou « l'isolement ». Chaque pavillon qui se respecte en possède une, deux ou trois. Là, le patient est enfermé tout seul dans une cellule fermée, à l'intérieur d'un pavillon fermé. Il s'agit d'un... traitement.

Dans ces pavillons se trouve un personnel spécialisé.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Naturellement, il est, lui aussi, enfermé : et il n'aime pas cela. Pour cette raison, les soignants y sont parfois grincheux et de mauvaise humeur. Là commence le séjour en psychiatrie.

La vie n'y est pas très drôle, c'est facile à imaginer. Les gens y tournent en rond. Une fois par jour, il est possible de sortir, seul ou accompagné dans une cour grillagée, pour faire un brin de promenade. Les visites ; le courrier et le téléphone sont contrôlés, dosés ou interdits. Dans ces pavillons, il y a souvent trois chefs : le chef infirmier, le médecin chef et le chef de clinique. Le directeur vient aussi souvent en visite. La seule façon de quitter un pavillon fermé sans l'accord des médecins, est de réussir une *évasion*. Ce n'est pas facile.

Les services hospitaliers modernes ont créé des pavillons fermés qui ont l'air d'être ouverts et accueillants. Illusion que ne tardent pas à découvrir les patients qui viennent s'agglutiner derrière la seule porte verrouillée de l'endroit. A travers ses vitres incassables, ils regardent, et attendent la liberté.

### PAVILLON OUVERT

Dans le pavillon (ou le service) ouvert, *clés* et *serrures* n'interviennent pas dans le traitement. Du moins en principe. En pratique, la *clé* est toujours dans la poche des soignants. Tant qu'elle sera là, ils seront tentés de l'exhiber et de l'utiliser une nouvelle fois. Il arrive donc que des pavillons ouverts se ferment.

Un hôpital psychiatrique, jadis clinique privée réputée, se vantait, par exemple, de n'avoir aucun service fermé. C'était vrai. Mais il arrivait assez souvent qu'un beau matin, la porte d'entrée des pavillons ouverts soit bouclée, du fait de l'agitation d'un patient. Ce qui transformait immédiatement tout le service en un service fermé. L'affaire durait 1 ou 2 jours ou 1 à 2 semaines, le temps qu'il fallait pour « calmer l'agité, responsable de cette mesure... » Vous imaginez l'ambiance sympathique d'un tel pavillon lorsque chacun sait qu'il est empêché de sortir du fait d'une seule personne. Après quelques jours ou quelques semaines, passés en pavillon fermé, le séjour du patient se poursuit en

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

pavillon ouvert, à l'occasion d'un transfert. Il y reste le temps nécessaire à l'équipe et au médecin pour envisager un traitement ambulatoire.

**En cas de crise**, ou de difficultés dans le pavillon ouvert (survenant de préférence la nuit) **le cheminement peut se faire en sens inverse, du pavillon ouvert au pavillon fermé**, à l'occasion d'un autre transfert. L'organisation du pavillon ouvert est identique à celle du pavillon fermé, sauf que le personnel y est habituellement moins nombreux.

## PENSION

Certains hôpitaux psychiatriques ont cherché, à un moment donné, à provoquer ou à accélérer la sortie d'une partie de leurs patients, les chroniques, qui séjournaient là depuis longtemps. Il s'agissait surtout, pour les directeurs, de s'adapter aux idées modernes et de diminuer le nombre des lits, parfois sous la pression des autorités administratives.

Ils favorisèrent alors l'ouverture de pensions psychiatriques. Certaines existent encore, les unes pour le bien des patients et l'amélioration de leur situation, les autres, malheureusement la majorité, pour la honte de la société et le scandale du visiteur.

Ces pensions, de préférence à la campagne, sont tenues par des personnes qui parfois n'ont jamais eu de contacts avec la psychiatrie<sup>154</sup>.

Les malades, hébétés de médicaments, sont parqués à 2 ou 3 dans une même chambre exiguë, reçoivent 3 repas par jour, expédiés à tout allure ; pour le reste, ils tuent le temps en fumant cigarette sur cigarette, immobiles sur leur chaise, devant un poste de télévision éteint qui s'allume régulièrement chaque soir au crépuscule. Ces pensions, « sordides asiles en miniature »<sup>155</sup>, ont souvent servi de justifications aux psychiatres : « Vous voyez comme ces gens sont malades et comme les asiles sont nécessaires... »

Raisonnement un peu simpliste. **Ils commencent par figer leurs malades avec leurs traitements, puis se rendent indispensables à leur survie et perpétuent ainsi un système déshumanisant et honteux.**

Avant d'accepter d'aller en pension, le patient de l'hôpi-



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tal psychiatrique ferait mieux d'aller la voir et de juger lui-même si la vie est possible là-bas, si elle est pire ou meilleure qu'à l'asile.

Le grand espoir de sortir de l'hôpital, ne doit pas être troqué contre la certitude de passer à un mini-asile. L'existence y est aussi misérable que celle de la vie asilaire supportée durant des années.

### PERVERSION

La perversion définie, de façon très vague, comme « toute déviation des tendances normales »<sup>156</sup>, est une étiquette que l'on trouve, en psychiatrie, sur les dossiers des malades, agrémentée d'une description détaillée : *homosexualité, pédophilie, masturbation, fétichisme, exhibitionnisme*, etc.

Ce diagnostic fait allusion à « une déviation de l'instinct sexuel, lorsque l'acte sexuel n'est pas normal, c'est-à-dire qu'il ne vise pas à obtenir l'orgasme par pénétration génitale avec une personne du sexe opposé ».<sup>157</sup>

C'est pour cela, bonnes gens, que le monde est plein de *pervers* !

L'excellente définition de « l'acte sexuel normal » est de Freud lui-même. On lui en sait gré ! Du moment qu'elle fut posée, il fallait bien étiqueter et soigner tous ces anormaux et anormales de par le monde. Les psychiatres ont contourné ce problème de la normalité sexuelle avec astuce : selon le dogme, par définition, les *pervers* ne se savent pas malades ! Le Dr Knock ne l'aurait pas mieux dit « *Ceux qui prétendent avoir une sexualité normale, sont des pervers qui s'ignorent... !* » Si la définition des psychiatres est vague, l'accusation est pourtant précise et mordante. Au point que, comme pour la *psychose* et la *schizophrénie*, cette étiquette de *perversion* est toujours soigneusement dissimulée au patient.

Szasz a fort bien observé que les psychiatres posent ce diagnostic « parce qu'ils désapprouvent les pratiques sexuelles de leurs malades »<sup>158</sup>. Ainsi, un psychiatre homosexuel pose rarement le diagnostic d'homosexualité,... ou il le pose tout le temps, pour s'en décharger !

Les psychanalystes prennent cette affaire très au sérieux ! Les *perversions* témoigneraient, selon eux, d'une sexualité

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

infantile, qu'ils appellent *prégénitale*, et d'une furieuse tendance à « agir la pulsion au lieu de la fantasmer ». Certains autres psychanalystes-sexologues s'intéressent encore plus aux perversions. Ils rassemblent un public sophistiqué pour évoquer, par quelques agréables causeries, interviews, propos de boudoir, films et autres bandes vidéo, toute une série de pratiques sexuelles délicieuses et perverses. La salle est toujours pleine à craquer. Du beau monde. Les cours se donnent le soir, à l'heure du spectacle. **Les sexologues, spécialistes des perversions, sont des psychiatres à la mode !**

### POLICE

La police, dont la tâche est de maintenir la *sécurité publique*, et la psychiatrie, qui « défend la société contre les *aliénés* » et tient cette fonction d'une loi archaïque, font bon ménage et se considèrent avec respect et amitié. Elles s'entendent même à merveille, collaborant activement et se donnent volontiers de petits coups de mains. Lorsqu'il s'agit de maintenir l'ordre, on ne va pas s'embarrasser d'alliances douteuses...

Qui a des ennuis avec la police a bien des « chances » d'en avoir bientôt avec les psychiatres, et qui en a avec les psychiatres risque fort de se retrouver avec la police sur le dos. **Le commissariat n'est trop souvent, que l'anti-chambre de l'asile.**

Comment fonctionne cette « sympathique collaboration » entre gens de métier, gens de répression, gens de défense de l'ordre établi ? De la plus simple façon.

Si le flic ne sait plus que faire d'un suspect, il téléphone au psychiatre qui accourt au commissariat. Si le psychiatre ne sait plus comment faire avec un *fou* qui lui a faussé compagnie, il téléphone au flic qui se rend, en toute hâte, à l'asile, à l'hôpital général ou organise une belle battue dans la région.

Cette façon d'appeler le « copain » à l'aide est d'une telle évidence, et tellement automatiquement routinière, que plus personne ne songe à s'en offusquer ou à s'en plaindre. Chacun y trouve son compte, le psychiatre un peu plus de pouvoir, le flic un peu plus de savoir...

Cette scène se déroule régulièrement dans un commis-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

sariat de la ville. « Allô ! Docteur ici le brigadier X. Je crois avoir dans mon commissariat un client pour vous ! Ça ne vous ferait rien de venir jeter un œil ? » — « Mais qu'est-ce qui vous fait penser que ce client est pour moi ? » — « Eh bien ! c'est simple, sur mon fichier, il est indiqué qu'il a déjà séjourné à la Clinique psychiatrique, alors je préfère vous prévenir... » ou bien « Mais ce client a tout cassé dans le bistrot du coin, et maintenant, il n'a pas l'air d'avoir toute sa tête... » Alors, le psychiatre de garde part en voiture, avec sa valise pour le commissariat. Il est 2 heures du matin. Il songe à son bon lit douillet. Il se dit qu'il faudra liquider le cas rapidement. Sur place il discute avec un pauvre gars paumé, dépouillé de ses affaires personnelles, bouclé dans une cellule.

Puis il s'entend dire, textuellement, avec un petit sourire affable et complice : « Alors, Monsieur le Docteur, c'est un client pour vous, ou pour nous ?... Vous le prenez, ou nous le gardons ?... »

En réalité, le flic va essayer de « vendre » le client au psychiatre. Pourquoi ? parce qu'à 2 heures du matin, ça ne l'enchantait guère de remplir les paperasses policières concernant le quidam (formule de plainte, procès-verbal, droit d'écrou, et tout le tremblement...) tandis que, si le psychiatre veut bien « collaborer », une petite signature et l'affaire est réglée, le gars est viré sur l'hôpital psychiatrique. Les flics s'empressent même de l'y conduire eux-mêmes dans leur panier à salade. Neuf fois sur dix, comme tout le monde est un peu pressé, comme il fait nuit, que le médecin songe à son plumard et qu'il est expéditif, il s'exécute et psychiatrise le client. Voilà l'histoire de la complicité police- psychiatrie. Il faut bien la connaître pour tenter de se défendre et de se protéger.

Certes, si un soir de libations ou de grande tristesse, quelques bêtises méritent l'intervention des flics, il vaut mieux passer une nuit au violon et se retrouver le lendemain avec une inculpation que d'être emmené à l'asile.

L'intervention de la police dure moins longtemps que celle de la psychiatrie. Au moins on sait, avec précision, combien de jours ou d'amende on écope. Au moins on a le droit de se défendre à l'aide d'un avocat, ce qui n'est pas souvent possible chez les psychiatres.

Croyez-moi, au carrefour, si vous avez le choix, optez

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

pour le chemin police plutôt que pour le labyrinthe psychiatrie. De ce dédale vous ne sortez jamais complètement indemne... si vous en sortez !

### PRESENTATION

La présentation en psychiatrie tient à la fois de la cérémonie, du show, du spectacle, du bluff, du lèche-bottes et de la corvée ! Comme chez l'épicier, où la bonne présentation des fruits et des légumes aide à vendre la marchandise et fait plaisir au client, à l'hôpital psychiatrique et dans n'importe quelle institution de ce type (centre de santé mentale, hôpital de jour...) la bonne présentation du malade plaît au patron...

Que se passe-t-il lors d'une présentation ?

A un moment bien déterminé de la semaine, toute une ribambelle de gens se rassemblent dans une grande salle, équipée ou non de postes de TV. Se trouvent là l'équipe soignante au grand complet, des étudiants et des stagiaires (s'il s'agit d'une institution universitaire ou d'enseignement), des médecins et psychologues de l'institution ou de la ville, des visiteurs, des lèche-cul, des promeneurs et autres individus. Ces gens-là prennent place à l'heure prescrite. Ils attendent le patron, à qui un malade comme vous, par exemple, va justement être présenté. Entre le patron. Rideau. Acte i, *scène 1* : un médecin assistant raconte votre histoire en long, en large et en travers, de la naissance à l'époque actuelle, sans oublier papa, maman, pépé et tutti quanti. Ce qu'il expose, il le tient de votre dossier, de ce que vous lui avez dit, et de ce que vos proches ont mouchardé. A l'acte n, vous entrez dans la salle ; une infirmière vous accompagne. Ou alors, vous vous rendez dans une petite pièce annexe pour y retrouver le patron. Là, une caméra TV filmara *l'entretien* qui est retransmis dans la salle voisine. Le son provient d'un haut-parleur situé dans le pot de fleurs ou dans la lampe au centre de la table. Suit alors une conversation plus ou moins crispée avec un patron plus ou moins gentil, obtus, ouvert et concerné par ce qui se passe. Elle dure de 1/2 heure à 1 heure 1/2.

A la fin de *l'entretien*, si vous êtes dans la salle avec les

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

auditeurs, vous la quittez, si vous êtes dans la pièce à côté, vous rentrez directement chez vous ou dans votre pavillon. **L'essentiel est que vous n'assistiez pas à la discussion qui va suivre.** Ce n'est pas permis, na ! Il est douteux que vous puissiez jamais obtenir l'autorisation d'y participer. Que peuvent bien raconter tous ces gens sur vous ? En réalité, ne vous faites pas trop de soucis. Ils vous ont déjà oublié.

Ils s'intéressent bien davantage à bluffer, à exhiber leurs connaissances (si petites, si petites...), à se faire valoir auprès du patron, etc.

Es discutent à perdre haleine de votre *narcissisme* ou de votre *Œdipe*, de votre *névrose* ou de votre *psychose*... Les bons auteurs sont cités. Les ténors y vont de leur petite envolée. Les basses font leurs solos... On se fait des ronds de jambe, des sourires en coin, des sales gueules hypocrites, etc. Les membres de la chapelle (psychanalytique) sont de loin les plus doués pour ce genre d'exercices !

Après un bout de temps, chacun se lasse et, comme l'heure avance, l'hypoglycémie se fait sentir et l'on songe à son petit repas...

Vient l'heure des grandes conclusions, des grands diagnostics et des grandes décisions thérapeutiques. Le patron fait semblant pour donner le change de consulter son aréopage. En fait, il tranche et décide du traitement : une série *d'électrochocs*, une *cure d'insuline*, une *psychothérapie*, une *relaxation de groupe*, etc.

Il y a belle lurette qu'on vous a oublié dans tout cela. La décision est prise en fonction d'un cas et jamais d'une personne, puisque celle-ci n'est jamais là pour donner son avis.

Conclusions : la présentation est à éviter ! Elle ne sert qu'aux soignants et encore elle n'est souvent que matière pour les médecins à dissenter et se pavaner.

Vous avez le droit de refuser toute présentation à n'importe qui, que ce soit au patron, aux étudiants, aux médecins, aux visiteurs... Vous êtes là pour essayer de vous faire du bien dans des conditions difficiles. Inutile de rendre cela encore plus pénible. D'ailleurs si vous tenez bon et que vous refusez jusqu'au bout la présentation, le médecin assistant devra bien trouver quelqu'un d'autre. Mais il

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

faut beaucoup de volonté et pas mal de courage pour ne pas céder.

Au contraire, si vous voulez profiter de l'occasion pour dire ce que vous avez sur le cœur au directeur de l'institution, profitez-en ; vous aurez des auditeurs qui n'en perdront pas une miette.

### PSYCHANALYSE

Il va bien falloir traiter ce terme comme tous les autres et trouver quelque chose à dire à son sujet, même si radio, journaux et TV, bouquins et cinémas, amis et concierges nous en rabâchent les oreilles quotidiennement ! Les psychanalystes rougiraient-ils de plaisir en apprenant que la rédaction n'a pas été simple et a été repoussée jusqu'à la fin du manuscrit. Sauront-ils trouver une belle et puissante interprétation, qu'ils ne manqueront pas de communiquer à l'auteur ? Ils ne manqueront pas, eux, l'acte manqué ! Mentionnons donc le terme psychanalyse, mais sans nous étendre sur lui, ni sur... le divan !

Freud l'a créé, en 1896, pour désigner trois choses : un procédé d'investigation des processus mentaux, une méthode thérapeutique et un ensemble de théories psychologiques.

C'est dans sa seconde signification que le voyageur peut le rencontrer dans son périple en psychiatrie, sous la forme d'une remarque prononcée par un psychiatre, avec une attachante conviction : « Mademoiselle, vous avez besoin d'une psychanalyse... ! »

Ni le hasard, ni la négligence ne me font écrire « Mademoiselle ». Les Américains ont démontré que ce genre de remarques s'adressait spécifiquement aux femmes jeunes et jolies, intelligentes et fortunées, élégantes et sympathiques. Ils ont appelé ce curieux phénomène le YARVIS syndrome, sigle pour Young-Attractive-Rich-Verbal-Intelligent-Sympathetic ! Si le psychiatre vous propose une psychanalyse, c'est que vous êtes drôlement yarvis ! Félicitations !

La psychanalyse est une forme de *psychothérapie* fondée sur « la révélation de la vraie signification des paroles et des conduites de la personne analysée, vraie se référant à l'expression adéquate du désir dissimulé dans *l'inconscient* »<sup>159</sup>. Voilà pour le dogme !

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Qui pratique cette psychothérapie ?

Le psychanalyste bien entendu. Quelqu'un a dit, avec désobligeance, que « le psychanalyste était un maître nageur... qui ne savait pas nager ! »<sup>160</sup>. Ce n'est pas gentil ! C'est habituellement un psychiatre, parfois un psychologue, qui a appris sa technique dans l'Institut ou la Société de Psychanalyse locale, sorte de chapelle, où il n'est pas facile d'entrer. Il faut montrer patte blanche.<sup>161</sup>

Szasz, qui connaît bien le milieu psychanalytique, dit « qu'une société de psychanalyse est un établissement pédagogique dont le personnel enseignant, composé d'hommes et de femmes d'âge mûr et qui s'intitulent psychanalystes, s'emploie à minimiser et à infantiliser la masse des étudiants, eux-mêmes composés de psychiatres approchant de l'âge mûr, qui se soumettent de bon cœur à un rituel aussi dégradant, dans l'attente (souvent déçue) du jour où, privés de toute autonomie de jugement et même de leur faculté de juger, ils pourront enfin infliger à d'autres un semblable traitement — sous le nom de psychanalyse — et en tirer des revenus substantiels. »<sup>162</sup> Ouf !... L'élève psychanalyste subit une psychanalyse didactique (ou « pour instruire ») par un analyste didacticien qui, n'analyse pas plus qu'il n'enseigne car « il est un mouchard au service de l'Institut qui le rétribue... » !<sup>163</sup> Sympathique milieu !

Techniquement, une cure *analytique* se déroule sur le divan du psychanalyste. Il est assis derrière, hors du champ de vision de la personne analysée. Il est fort occupé à écouter de toutes ses forces, à prendre des notes et à faire quelques remarques ou interprétations géniales, qui étonnent profondément. Parfois l'effort du psychanalyste est si grand que le pauvre s'assoupit, épuisé !... Mais vous ne le saurez pas. La règle fondamentale est d'énoncer tout ce qui se présente à votre esprit, sans rien choisir ni omettre, associations d'idées, rêves, rêveries, sentiments à l'égard de l'analyste, etc. Les séances ont lieu 3 ou 4 fois par semaine. Elles durent 50 minutes. Elles coûtent cher entre 80 et 120 francs suisses (200-300 francs français) par séance. Une cure analytique s'étend sur un minimum de 2 ans et un maximum indéterminé. Les caisses-maladies ne remboursent pas ce traitement, mais certains psychanalystes, grands cœurs et bons esprits, accordent des rabais !

Une psychanalyse peut néanmoins être de grande valeur.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Cela dépend du psychanalyste. Il ne faut donc pas le choisir à la légère. Lors d'un processus un peu pénible, il faut prendre rendez-vous chez plusieurs d'entre eux pour finalement convenir avec l'un ou l'autre d'une sorte d'engagement mutuel, les fiançailles quoi ! puis attendre qu'une place se libère dans sa consultation. Ce rituel décourage, il est vrai, bon nombre de candidats.

Néanmoins, si vous tenez bon et que votre décision est prise, vous voilà partie, Mademoiselle Yarvis, pour un bien long voyage, et une fructueuse association, pour le meilleur et pour le pire... Sachez au moins vous arrêter à temps ! Quand vous aurez versé les premiers cent mille francs d'honoraires, quand vous aurez vendu vos chiens les plus chers, vos vêtements et votre maison, votre objet et votre voiture, quand vous aurez tout liquidé, mari, amis, parents, arrêtez-vous un instant, contemplez le marasme d'où vous venez, la grande liberté que vous avez découverte et bénissez, oui, bénissez, le psychanalyste qui vous y aura conduite ! Une personne au moins se sera enrichie de ce périple !

Car les résultats de la psychanalyse ont bel et bien été étudiés : en 1952, Eisenck, un psychologue anglais, s'est intéressé aux effets de la psychanalyse sur une large série de patients atteints de *névrose*. 44 % des patients psychanalysés s'étaient améliorés alors que 64 % des patients qui avaient bénéficié d'une psychothérapie classique non analytique se déclaraient beaucoup mieux et 72 % des patients qui n'avaient reçu aucun traitement, parce qu'ils étaient en attente d'une place libre dans la consultation, se déclaraient très améliorés !...<sup>164</sup> L'étude d'Eisenck a souvent été discutée, répétée, reproduite et comparée. Chaque fois, pourtant, ses résultats ont été confirmés. Comme je le faisais remarquer, à un « patron-psychanalyste », il réfléchit un instant, esquissa un sourire condescendant et prononça ce constat fulgurant : « Pas étonnant que ce psychologue, publie de tels résultats... ! avec la névrose qu'il se paie » Que voilà un bel échantillon du subtil discours psychanalytique ! Discours qui a réponse à tout, qui récupère tout. Discours complètement fermé, comme le serpent qui se mord la queue, à toute étude critique et mise en discussion publique. Exemple : qui critique la psychanalyse mérite d'être couché sur un divan pour



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

guérir cette maladie qu'est la critique de la psychanalyse !... Un réputé psychiatre n'a-t-il pas écrit récemment que « les attaques contre la psychiatrie contenues dans les dernières délibérations du Conseil de l'Europe témoignent de l'angoisse de leur fragilité qui a envahi les parlementaires de Strasbourg... ! »<sup>165</sup>

Attaquer la psychiatrie, toucher un seul cheveu des psychanalystes, c'est déjà être fou !

Que fait la psychanalyse ? Elle fait à chacun, selon ses convictions, quelque chose de différent, qui n'est ni analysable, ni généralisable. Les psychanalystes sont formels. Leur technique ne guérit pas la maladie mentale. C'est à un autre niveau, disent-ils, que « ça se passe ». Les économistes sont formels : la psychanalyse opère un transfert... de fonds, des poches de l'analysé au portefeuille de l'analyste. Fritz Péris, un subtil psychanalyste conclut :

**La psychanalyse fait des psychanalystes !**<sup>166</sup>

## PSYCHIATRE PRIVE

Le psychiatre privé est un médecin (bien) installé dans un cabinet médical et (très) spécialisé dans la prévention et le traitement des maladies mentales, particulièrement des *névroses*.

Les associations médicales et psychiatriques officielles l'affirment : la *névrose* est une maladie comme les autres. « A une différence près, rappelle Szasz : les maladies ordinaires qu'ont les vivants, les cadavres les ont aussi. De sorte qu'il est parfaitement possible de dire qu'un cadavre a un cancer, une pneumonie, un infarctus du myocarde, un diabète. Mais la seule, l'unique maladie qu'un cadavre ne puisse avoir, c'est une maladie mentale ! »<sup>167</sup>

Tant pis, disent les psychiatres privés, ou tant mieux. Nous allons définir des maladies imaginaires et fonder une science imaginaire qui s'occupera des gens dont le portemonnaie est bien concret et bien réel. Ce que les assurances-maladies genevoises, par exemple, ont agréé en réservant au malade mental deux postes de prestation (deux autres sont tombés en désuétude) sous les 1020 prestations médicales dont bénéficient les autres malades. La valeur de la psychiatrie privée en tant que discipline médicale se

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

mesurerait-elle à ce rapport 2/1020 des prestations des assurances-maladie ? Si le psychiatre privé s'attribue le 0,2 % de l'efficacité de la médecine ambulatoire, c'est peu !

Les Anglais, avec leur lucidité et leur humour habituels, ont fort bien résumé « la chose » :

- « Le médecin interniste sait beaucoup de choses, mais ne peut pas faire grand-chose.
- Le chirurgien sait peu de choses, mais peut en réaliser de grandes.
- Le psychiatre sait peu de choses, et ne peut rien faire du tout.
- Le pathologiste sait tout et peut tout faire, mais habituellement 24 heures trop tard ! »

Que peuvent alors bien faire les psychiatres privés ?

En fait, c'est eux qui le disent, ils « font » de la clientèle privée.

Qu'est-ce à dire ? Ils reçoivent dans leur cabinet-aquarium des gens, toutes les heures, pour des *entretiens*. Aquarium, parce que le cabinet est en ville mais en est coupé, séparé et isolé par un système d'insonorisation sophistiqué, un téléphone muet, un silence protecteur. Là, dans ce laboratoire, se déroule le *traitement psychothérapeutique*.

L'efficacité des psychiatres privés est d'autant plus grande qu'ils peuvent se distancer de leur image et de leur rôle de médecin, pour n'être que des thérapeutes et des soignants ; s'ils peuvent abandonner les concepts de maladie et de traitement, au profit de l'idée plus modeste d'un soignant qui porte assistance en se mettant au service de la personne, alors tout est possible.

Le danger, c'est de glisser vers le moralisme et le paternalisme, qui consiste à « faire aux autres » ce qu'il sait, par sa sagesse suprême, devoir leur faire pour leur plus grand bien.

La personne qui en consulte un cherche **quelqu'un qui saura la respecter intégralement, l'écouter sans jugement et se mettre à son service** (*therapeuein*, en grec = servir). Ces psychiatres-là existent, mais ils n'ont plus rien à voir avec la médecine hautement technicisée de la fin du xx<sup>e</sup> siècle.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### PSYCHIATRISATION

La psychiatisation est l'action de psychiatriser comme la neutralisation l'est de neutraliser, l'hospitalisation d'hospitaliser et l'incarcération d'incarcérer...

Il s'agit d'un acte par lequel on devient *fou* au regard de la société. Avant la psychiatisation, on est un gêneur, un pauvre type, un malheureux, un enquiquineur, un illuminé, un fanatique, un procédurier, etc. Après, on est un fou, ou plus précisément un *malade mental*. La psychiatisation est donc le passage de la frontière entre *normal et anormal*, entre *sain et fou*, c'est le départ en voyage.

C'est une chose que l'on fait rarement soi-même, plutôt que l'on vous fait, puisque, par définition, on ne se psychiatrise jamais tout seul ! On va vers un psychiatre, on lui explique sa souffrance, son problème, son conflit. Il se tait. Il paraît réfléchir ; oui, il pense intensément ! Tous ses sens sont en éveil. Sa mécanique cérébrale enregistre tout : « Il exerce sa fonction de discrimination en se demandant si ce qu'il observe relève de l'*anomalie statistique* qui est la *déviante*, ou de l'*anomalie* dans le développement de la personne, qui est *maladie*. »<sup>168</sup>

Enfin, il tranche. « Maladie » ! A cet instant même, l'acte de psychiatisation est consommé. C'est un événement ponctuel et essentiel dans l'existence humaine, qui marque l'entrée dans la carrière psychiatrique.

### PSYCHIATRISÉ

Ce terme désigne tous ceux qui ont fait l'expérience personnelle de la psychiatrie ou qui ont subi le processus de *psychiatisation*, c'est-à-dire les patients des hôpitaux psychiatriques et ceux qui l'ont été, les gens qui sont actuellement ou qui ont été en traitement chez un *psychiatre*, un *psychologue* ou auprès d'un *centre de santé mentale*, ou de toute autre institution en relation avec la *psychiatrie*.

Les psychiatisés, ou usagers de la psychiatrie, ont parfois conscience, en plus de leurs souffrances, d'être les victimes d'un système d'exclusion sociale et de marginalisation

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

entretenu par les psychiatres. Dans plusieurs pays d'Europe, ils se sont organisés en groupes ou en associations de défense et de soutien extrêmement efficaces.

Ils cherchent à dénoncer dans quelles conditions ils ont été soignés dans les asiles, à informer les patients psychiatriques de leur situation et de leurs droits, à donner leur avis sur les traitements médicamenteux, biologiques, psychothérapeutiques etc., qu'on leur fait subir.

Ils se sont joints au *Réseau* pour réfléchir, proposer et agir, quotidiennement, une *alternative* à la psychiatrie officielle. Ils méritent d'être écoutés parce qu'ils parlent de ce qu'ils ont vécu dans leur corps et dans leur esprit. Les solutions qu'ils proposent sont l'espoir de tous ceux qui souffrent, que la psychiatrie ne sait et ne peut pas soulager.

## PSYCHOLOGUE

Les psychologues sont aussi des gens que l'on rencontre au cours du voyage en *psychiatrie*. Pourquoi ?

A l'origine, *psychologues* et *psychiatres* étaient bien distincts. Les premiers s'occupaient du développement intellectuel et de l'organisation psychique de l'individu, alors que les seconds se hâtaient de définir le concept de *maladie mentale* et de se poser en médecins guérisseurs de ces nouveaux malades.

A l'heure actuelle, le marché de la maladie mentale est devenu si vaste que les psychologues n'ont pas voulu demeurer en reste ni se priver d'en profiter un peu !

A l'extérieur de l'hôpital, les psychiatres hommes et grands mâles aiment bien prendre sous leur auguste protection une ou deux psychologues femmes, qui les admirent d'autant plus qu'elles dépendent de leur bon vouloir. Elles acquièrent ainsi la *technique analytique*, après avoir passé sur le divan du protecteur — pour une *psychanalyse didactique* bien entendu, qu'avez-vous pensé! et font, ma foi, de forts bons analystes, ni plus ni moins efficaces, gentilles, dangereuses, chères, mystificatrices, révélatrices, dévouées et subtiles que leurs petits copains issus de la médecine ! Bien chaperonnées, elles parviennent

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

même à trouver une place de choix dans la chapelle de la société psychanalytique locale.

A l'intérieur de l'hôpital, les psychologues se cherchent... et se trouvent parfois par le double biais de techniques d'investigation de la personnalité (les tests psychologiques) ou de méthodes thérapeutiques un peu spécifiques, un peu modernes ou un peu négligées par les psychiatres, comme la thérapie du comportement que les psychologues aiment particulièrement. A l'asile, les psychologues femmes trouvent rapidement un protecteur mâle et psychiatre vers qui elles regardent en levant la tête comme l'on fait pour se chauffer au soleil...

### PSYCHOMOTRICITE

Cette technique, initialement destinée aux enfants, cherche à développer le langage du corps, particulièrement l'expression des sentiments et des émotions.

Comme la *danse*, elle se déroule en petits groupes, avec de la musique ou des tambourins, dans un espace assez vaste. Certains hôpitaux psychiatriques l'utilisent, surtout chez les personnes âgées. Cette technique permet un échange et une relation de meilleure qualité souvent que le langage verbal. Là aussi, les soignants se retrouvent avec leur seul corps, sans uniforme, sans jargon, sans hiérarchie. Il est beaucoup plus difficile, dans ces conditions, de reproduire avec leurs malades des rapports traditionnels de pouvoir. Parfois, cela permet enfin l'établissement d'un vrai dialogue.

### PSYCHOTHERAPIE

En psychiatrie, ce terme regroupe toutes les méthodes et toutes les techniques qui utilisent la relation soignant-soigné à des fins thérapeutiques. Lorsqu'un psychiatre vous dit : « Monsieur ou Madame, votre « cas » relève d'une psychothérapie », il veut dire tout simplement qu'il voudrait avoir des entretiens réguliers avec vous pour « tirer votre affaire au clair ». Son affaire, c'est souvent l'inconscient ! Le terme de psychothérapie ne doit pas faire peur. A l'hôpital psychiatrique, de tous les *traitements* mis en

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

œuvre, c'est sans doute le plus bénin. Ce qui est souvent plus déroutant, c'est la façon dont le psychiatre conçoit *la relation*. De préférence il la met, ou souhaiterait la mettre, sur un terrain dit de neutralité, ce qui ne veut pas dire qu'il se moque de vous, mais qu'il en oubliera parfois d'entrer en relation avec vous, de sujet à sujet ! C'est pourquoi il arrive que l'on sorte complètement vide et furieux d'une séance de psychothérapie, d'un entretien avec le psychiatre.

Il ne faut pas alors hésiter à le lui dire et le prier de changer d'attitude, mais en est-il capable !

A l'hôpital certains entretiens avec les infirmières et les infirmiers, les ergothérapeutes et les assistants sociaux, les aumôniers ou les psychologues, peuvent être beaucoup plus satisfaisants. Ce sont aussi des *psychothérapies*, dont les psychiatres ne doivent pas croire qu'ils ont le monopole. Heureusement, la réalité est bien différente ! L'ami rencontré au coin d'une rue, qui écoute un instant vos soucis, peut très bien, s'il en a le temps, jouer le rôle d'un psychothérapeute.

Et à l'hôpital, certaines femmes de ménage, par exemple, sont de bien plus efficaces psychothérapeutes que les médecins ou professeurs consultants. Il faut savoir en profiter. Les psychiatres ont classé les *psychothérapies* en plusieurs catégories : de *soutien*, *brève*, *pédagogique*, *analytique*, *individuelle*, de *groupe*, etc. A l'asile comme ils n'ont pas beaucoup de temps pour leurs malades, ils font surtout des psychothérapies d'encouragement et de soutien individuel et parfois s'essaient à des psychothérapies de groupe.

A l'extérieur, ils aiment bien faire des psychothérapies analytiques ou des psychanalyses. Es tentent alors de débrouiller vos conflits profonds et inconscients, mais échouent parfois dans leurs tentatives. Il suffit d'écouter les rescapés !... Car trop souvent, ils s'attachent à rester les plus forts en cherchant, sans cesse, comme le disait l'un de mes excellents confrères à « étonner le client » par une brillante analyse et une magistrale interprétation... Pire, ils ne peuvent s'empêcher de suggérer une solution à l'un **ou** l'autre de vos problèmes.

**Sachez que, si solution il y a, c'est vous qui la trouverez, pas lui, et que pour cela il faut, comme l'a si bien rappelé Szasz, « plus de courage que de perspicacité »<sup>169</sup>.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### PSYCHOSE

Les psychiatres aiment à classer leurs malades. Ils les ont séparés, de longue date, en *psychotiques* d'un côté, *névrotiques* de l'autre. Il s'agissait bien plus d'un classement de personnes que d'un classement de maladies, puisqu'ils ont décrété d'emblée qu'on ne pourrait être à la fois *psychotique* et *névrotique*, donc souffrir simultanément de la maladie *psychose* et de la maladie *névrose*.

La « maladie » *psychose*, pour le psychiatre, est grave. Elle regroupe en fait plusieurs « maladies » tout aussi graves les unes que les autres, notamment la maladie cyclique *maniaco-dépressive* et le groupe des *schizophrénies*.

Selon le dogme et la très respectable Organisation mondiale de la Santé, est *psychotique* celui « dont le fonctionnement mental est altéré au point qu'il ne s'en rend plus compte, qu'il n'est plus capable de faire face aux exigences de la vie en société ni de maintenir un contact avec la réalité »<sup>170</sup>. Suit une petite phrase lourde de signification : « Le terme n'est ni précis, ni bien défini... »<sup>171</sup>

Peut-être. En attendant, le terme et l'étiquette sont apposés tous les jours sur le front et le dossier de centaines de malades qui doivent bien s'en accommoder.

Pour les psychanalystes, la *psychose*, ou *structure psychotique*, relève d'anomalie grave du développement survenue dans la petite enfance. C'est un vilain pronostic. Il vaut mieux ne pas en souffrir, au risque d'être interné dans un asile psychiatrique.

Il y a bien longtemps, le pire était d'être atteint et accusé de sorcellerie. Plus tard vinrent les aliénistes qui désignèrent les *fous*, parmi toute une catégorie de miséreux, de délinquants et de marginaux qui croupissaient ensuite dans les prisons de la Révolution française. Ce fut le tour des bons vieux psychiatres, qui déclarèrent « le pire de tout, c'est la démence vésanique », puis des moins vieux qui nous disent que la vraie maladie épouvantable était la *schizophrénie*. Maintenant, tout cela est oublié et mis de côté. Ce qui est redoutable, depuis l'arrivée des psychanalystes sur la scène de la *jolie*, c'est la *structure psy-*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*chotique*. Finalement, comme certains candidats psychanalystes devenaient un peu trop *psychotiques* sur le divan, durant leurs analyses didactiques, il a été décidé que l'horreur n'était plus la structure *psychotique*, mais la structure *psychotique décompensée* ou « la soumission absolue et immuable aux processus primaires... ! »

Mots et verbiages que tout cela. **La psychose reste une très grave « maladie » mentale contre laquelle les psychiatres ne peuvent pas grand-chose parce qu'ils en ignorent tout !**

Du moins pourraient-ils l'admettre et cesser d'enfermer les gens qu'ils appellent *psychotiques* en prétendant qu'ils sont dangereux, comme pour se convaincre qu'eux au moins, ils ont tout leur bon sens et qu'ils ne sont pas *psychotiques*.

### PUNITION

Toute une série de mesures prises à l'hôpital psychiatrique se voudraient *thérapeutiques*. En réalité, ce sont des *punitions*. Il est bon de les connaître parce qu'il est sûrement plus aisé de contester une punition que de discuter un traitement.

Parmi ces punitions, il faut citer la mise en cellule ou à l'isolement forcé, l'interdiction de sortir du pavillon, de partir en congé ou de recevoir des visites ou du courrier, l'obligation de recevoir des visites, l'interdiction d'aller à la cantine ou au club, le strict rationnement de l'argent ; le contrôle du courrier et naturellement le transfert en pavillon fermé.

Certaines sont infligées avec l'accord du patient. Elles font l'objet d'un contrat préalable et relèvent de ce que les psychiatres appellent la *thérapie du comportement*.

L'*électrochoc* lui-même est souvent une *punition*. D'ailleurs, bien des psychanalystes estiment que c'est l'explication de son efficacité. Si cela était un jour scientifiquement démontré, il faudrait que les psychiatres les abandonnent pour en revenir à la bonne vieille fessée !

En matière de punition, l'avantage de la fessée est pourtant évident. D'abord, elle permet de garder un contact « dermique » avec le patient ; ensuite, elle lui laisse toute latitude de se défendre et de répondre au coup par coup. Enfin, et c'est là l'essentiel, en appelant un chat un chat



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

et une fessée une *punition*, la situation est beaucoup moins hypocrite.

### RAPPORT INFIRMIER

Le rapport infirmier, appelé parfois « *cardex* » ou d'un autre nom commercial, est un document rédigé par le personnel infirmier à propos du malade. Il contient tous les événements marquants de votre séjour hospitalier, les traitements institués, en plus des mesures de pression artérielle, de pouls, de température, de poids, usuelles dans un dossier médical.

En matière d'observation du malade, le rapport infirmier est éloquent. Chaque jour, une infirmière ou un infirmier responsable doit rédiger un petit texte qui décrira au mieux votre état et résumera en quelques formules percutantes l'évolution du traitement. On peut y lire, par exemple : « Aujourd'hui, la patiente s'est montrée grossière avec l'infirmière X. Elle a refusé de prendre les pilules roses du matin. Dans l'après-midi, elle a cassé une lampe de chevet. Dans la soirée, a reçu un téléphone de son mari, qui semble lui avoir fait plaisir. A été vue par le médecin vers 17 heures. » Ou bien : « Le patient est calme et collaborant. Il participe activement à la vie du pavillon... » Ces excellentes remarques, d'un haut niveau d'observation et d'une grande perspicacité, ou se situent sur le plan moral ou sont d'une inutilité intégrale... !

Le rapport infirmier reste néanmoins un puissant instrument de contrôle du patient. Les directeurs, médecins chefs, chefs de clinique et autres grands sachems s'y réfèrent pour modifier la *chimiothérapie*, augmenter les doses ou, plus rarement, les diminuer.

On notera, par ailleurs, que quatre dossiers différents sont ouverts, à l'asile, pour chaque malade : *médical*, *infirmier*, *social* et *administratif* !... Beaucoup de paperasse. Le rapport infirmier fait partie, comme son nom l'indique, du dossier infirmier. Il peut être consulté par le corps médical alors que — et ça ce n'est vraiment pas gentil — le dossier médical ne peut, en principe, pas être consulté par le corps infirmier. Pourquoi ? Evidemment parce que les médecins sont bien plus forts et plus cultivés que les infirmiers,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

au point que leurs subordonnés ne comprendraient pas ce qui y est écrit.

**A travers la paperasse, se véhicule ainsi le subtil pouvoir que les gens exercent les uns sur les autres à l'asile. Pouvoir de l'infirmier sur son malade, qui lui donne le droit de le juger en termes de morale, pouvoir des médecins sur les infirmiers** qui leur donne le droit de contrôler ce qu'ils peuvent lire.

Il est évident que le rapport infirmier ne peut être lu par les malades. Il est secret, top secret !

Si les malades le lisaient, ils risqueraient de prendre un crayon rouge et d'annoter dans la marge : « Faux ! discutable ! Pas d'accord ! Evénement relaté de façon partielle ! etc. »

De tels rapports seraient drôles. Ils deviendraient enfin un moyen de communication et pourraient être utiles aux patients !

## RECLAMATION

Souvent, à l'hôpital psychiatrique, vous aurez l'impression d'être moins que rien, de n'être ni écouté, ni compris. Vous penserez sans doute que le personnel se moque de vos opinions sur votre maladie et sur votre traitement.

Il est pourtant essentiel que vous parliez et que vous soyez entendu. Si les moyens habituels (entretiens répétés avec les responsables infirmiers et médicaux) n'aboutissent à rien, n'hésitez pas à écrire une lettre de réclamation au directeur, (avec copie adressé à votre famille, à vos proches ou à un avocat).

Les motifs de réclamation peuvent être multiples. A l'asile, il y a matière à réclamer chaque fois que vous avez l'impression que *vos droits de personne et d'individu n'ont pas été respectés*, chaque fois que votre dignité aussi a été bafouée, si malheureusement cela devait arriver. Lorsque le traitement ne vous convient pas, s'il vous est imposé, si personne ne tient compte des effets secondaires qu'il entraîne, vous avez la possibilité de le faire savoir au directeur et de réclamer. Si vous ne recevez pas visites, courrier, téléphones comme vous le voulez, il faut aussi réclamer. N'oubliez jamais qu'un hôpital psychiatrique, dans l'optique de la

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

direction, est un lieu de soins où le personnel doit se mettre au service de votre guérison. Si ces principes ne sont pas respectés faites-le savoir et protestez. Ne croyez pas, que c'est inutile. A l'hôpital, où la hiérarchie est très forte, il faut s'appuyer sur elle pour que les choses changent. Si le directeur apprend que quelque chose ne tourne pas rond dans l'un des pavillons, il convoquera les responsables, fera son enquête et sanctionnera éventuellement. Le plus souvent, il ne fera rien du tout, classera votre lettre dans votre dossier, et prendra note que vous êtes encore plus *paranoïaque* et procédurier qu'avant ou que votre blessure *narcissique* n'est pas en voie de cicatrisation !

Mais toutes les lettres sont des témoignages, et même classées dans des dossiers ou archivisées, elles peuvent, un jour, être lues et aboutir à qui de droit.

**Une lettre de réclamation c'est un peu la bouteille à la mer du naufragé.** Qui sait qui la lira, qui sait si elle ne peut un jour sauver quelqu'un en détresse ?

**Ecrire des lettres** ou écrire son journal, **faire savoir à l'extérieur ce qui se passe à l'intérieur, informer, dénoncer, renseigner**, sont les tâches de tous les exclus, de tous les reclus et de toutes les minorités opprimées. Plus il y aura de lettres sur le bureau du directeur, plus grand est l'espoir qu'il aille mettre son nez dans les recoins de son asile.

Plus grand aussi est l'espoir que la population dehors se réveille et s'intéresse enfin à ce qui est fait tous les jours à l'asile en son nom et avec ses impôts.

### LETTRES A UN DIRECTEUR D'HOPITAL

#### I. Opposition à un traitement

Nom :  
Prénom :  
Service (ou pavillon) :

Monsieur le Directeur,

Par cette lettre, je déclare m'opposer au traitement d'électrochocs (au traitement médicamenteux par injections,... à la cure d'insuline,...) qui a été entrepris, sans mon accord, dès le... Ce traitement a eu, jusqu'à ce jour, les effets suivants : ... et je m'y oppose pour les motifs

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

suivants : ... Je suis soigné (e) par le Docteur ... à qui j'ai déjà fait la même demande.

Je souhaite que vous usiez de votre influence pour faire cesser ce traitement sans tarder.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en mes sentiments distingués.

*P.-S-* : J'adresse un double de cette lettre à ma famille (... à mon avocat).

### II. Protestation contre une mesure injustifiée, abusive ou punitive

Nom :

Prénom :

Service (ou pavillon) :

Monsieur le Directeur,

Par la présente, je proteste de façon la plus ferme contre la mesure d'isolement forcé (contre la suppression des visites,... contre l'interdiction de partir en congé... contre la mesure de transfert,...) prise à mon égard depuis le...

Je suis soigné (e) par le Docteur... auprès de qui j'ai déjà protesté de la même façon.

Cette mesure entraîne, pour moi, les conséquences suivantes : ...

Je fais parvenir un double de cette lettre à ma famille (... à mon avocat...).

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

### RECOURS

Se référer à la note<sup>172</sup> pour les détails des modalités et des instances de recours, selon les différentes législations, et pour des *modèles de lettres de recours*.

Pour qui est interné à tort ou est menacé d'internement dans un asile psychiatrique, pour qui subit un internement arbitraire, est séquestré à l'hôpital psychiatrique, ou s'en voit refuser la sortie, la seule possibilité de se défendre et de protester est d'utiliser le droit inaliénable de chacun qu'est *le droit de recours*.

En matière de droits des malades mentaux, les parlementaires du Conseil de l'Europe viennent de recomman-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

der l'institution de trois garanties : un droit de recours, une instance d'appel neutre et indépendante, et l'information rigoureuse des malades sur tous leurs droits.<sup>173</sup>

Le recours se fait par écrit dès que la décision d'internement vous est communiquée. Toute autre personne qui s'intéresse à vous peut également faire recours contre votre internement. Souvent, le premier moment adéquat pour déclarer que vous allez faire recours est celui de l'entrée ou de l'*admission*. Annoncez autour de vous que vous contestez cette hospitalisation forcée ou abusive, et que vous allez recourir contre elle. En signant l'une des formules qui est à la note<sup>172</sup>, en la recopiant ou en rédigeant un texte semblable, vous ferez recours auprès de l'autorité adéquate, qui varie selon les pays. Votre lettre doit être envoyée si possible recommandée avec une copie à l'avocat, qui se chargera par la suite de votre défense. Il en existe un peu partout qui accepteront de défendre vos intérêts (cf. liste d'adresses à la fin de l'ouvrage ou se renseigner auprès du service social).

Attention ! **la loi fixe un délai pour recourir auprès de l'instance ad hoc. Ce délai n'excède souvent pas 30 jours.** En principe, le dépôt d'un recours devrait suspendre la mesure d'internement. Discutez donc avec votre avocat pour qu'il obtienne votre libération immédiate de l'hôpital psychiatrique. Le recours doit être jugé dans les plus brefs délais.

Rappelez-vous, qu'en psychiatrie plus que partout ailleurs, **ne pas faire valoir ses droits, c'est prendre un grand risque.** Il vaut mieux déposer un recours de trop, qui n'aboutit pas, plutôt qu'attendre passivement une libération repoussée de semaine en semaine.

La loi donne à chacun la possibilité de se défendre. Il faut l'utiliser.

### REGLEMENT

La plupart des hôpitaux psychiatriques possèdent un règlement, qui définit les *conditions de vie* à l'intérieur de l'asile — ce qui est permis, ce qui est interdit, les heures de visite, l'horaire de la journée, etc. — tout comme d'ail-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

leurs les hôpitaux, les prisons, les orphelinats et autres casernes...

Personne, évidemment, n'est censé ignorer le règlement. C'est pourquoi, dans certains hôpitaux psychiatriques, il est négligemment présenté aux malades lors de l'admission, pour être agréé et signé. Ainsi l'hôpital peut exiger la même discipline des gens qui y viennent de leur plein gré (entrée volontaire ou placement libre) que de ceux qui y sont internés. C'est astucieux, mais pas très correct, car cette formalité n'existe dans aucun autre établissement de soins.

**Autrement dit, méfiez-vous avant de signer quoi que ce soit.** Surtout au moment de l'admission (volontaire ou non) lorsque l'on n'est pas toujours dans le meilleur état pour comprendre ce qu'on signe, ni pour quelles raisons il faut signer. Ça peut attendre !

## RELATION DE NEUTRALITE

La relation, pose des problèmes au psychiatre ! C'est même souvent ce qui l'a poussé dans cette spécialité...

Cette impression de gêne, de malaise, de franche hostilité même que vous pourrez éprouver dans son bureau, provient justement de son problème relationnel ! Il fait un gros effort pour établir avec vous une *relation de neutralité*. Il a lu Freud. D'un côté il « se garde de prendre le point de vue moralisateur » mais, de l'autre, cherche à agir « en instructeur, en professeur, en représentant d'une conception du monde plus libre, supérieure, en confesseur qui donne une sorte d'absolution » !<sup>174</sup> Il n'y voit là aucune contradiction.

Au fond, il aimerait à la fois être et ne pas être dans son bureau ! Ne pas y être en tant que personne, qui a mal à la tête, qui a peu dormi, qui s'est chamaillé avec sa femme ou qui songe aux prochaines vacances ! Pour cacher son visage, il le couvre chaque matin *d'un masque de neutralité* bienveillante, comme les diplomates et les curés. Et ce masque, vous a frappé sur le pas de sa porte, dès l'entrée. D'où votre malaise. Vous savez même quelque chose qu'il ne sait pas : ce matin, il s'est trompé. Sur son étagère

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

il a tiré le masque du flic, ou celui de l'instituteur ou du confesseur !

Il y a quelque temps, un collègue m'expliquait : « Tu vois, je ne peux pas répondre au téléphone pendant que je fais une *psychothérapie*, parce que je serais obligé d'être normal durant la communication... et mon patient ne comprendrait pas ce changement ! » C'est vrai, le patient ne comprend pas pourquoi le psychiatre ne lui montre pas son vrai visage, démasqué. Ce serait tellement plus simple !

Cette histoire des masques peut parfois jouer de vilains tours aux psychiatres et aux psychanalystes. Une jeune dame consultait un jour un psychiatre de la place, fort réputé et à la mode. L'entretien se déroule agréablement. Le psychiatre, bon papa, gentil, prévenant, se montre sous son meilleur jour. La photo de son épouse, grand format, encadrée d'argent, est rassurante sur son bureau. Au moment du départ, il raccompagne sa patiente. Elle serre une main chaude et affable. Quelle idée lui prend-elle de se retourner au moment d'entrer dans sa voiture ? Ce qu'elle voit la cloue sur place : le regard méprisant et condescendant du monsieur convaincu de sa supériorité et de ses orgueilleuses capacités, ricanant dans son dos. « Pauvre idiotte d'enfant gâtée »...

Domage ! le psychiatre avait ôté son masque un peu trop vite. Sans doute se demande-t-il encore maintenant pourquoi cette dame ne lui a plus donné de ses nouvelles !

En psychiatrie, la neutralité à une autre conséquence : elle isole le cabinet médical du reste du monde et fait dire au psychanalyste,<sup>175</sup> qui a toujours du culot : « La réalité sociale et politique, je m'en fous ». Pour lui, la *folie* se négocie dans un cabinet ouaté, elle (!) en position horizontale, lui, confortablement calé dans un fauteuil Pullmann. La crise et le chômage, la lutte des travailleurs, les gouvernements fascistes, les dictatures militaires, les tortures et les goulags, l'oppression quotidienne de la femme, la répression policière et l'écrasement des minorités sont suspendus au vestiaire.

Ainsi le dialogue singulier, singulier monologue, n'est pas pollué d'interférences parasites.

RELAXATION

Ce terme désigne un état de relâchement musculaire et de détente physique et psychique. En psychiatrie, la relaxation est plus qu'un état, c'est une *technique de traitement qui*, comme le *pack* et les *massages*, s'adresse au corps du malade dans l'espoir d'améliorer la connaissance qu'il en a et la relation du patient à autrui.

Elle se pratique individuellement ou en groupe. Dans une pièce calme et tranquille, vous vous asseyez confortablement dans un fauteuil, vous vous allongez sur un divan ou sur un matelas. Selon l'une des multiples techniques utilisées — chacune portant le nom de son inventeur : *Schultz, Jacobson, Kretschmer, Gerda Alexander, Ajuriaguerra...* — le thérapeute vous guidera plus ou moins activement pour que vous éprouviez un état de détente et de bien-être. Certaines techniques se préoccupent moins de la détente que du contrôle du tonus corporel, c'est-à-dire de l'activité musculaire de base de votre corps au repos (rigide, souple, lourd, léger, etc.).

Les psychiatres semblent avoir redécouvert qu'on pouvait aussi *s'exprimer* et *communiquer* avec son corps. Mais comme ils sont souvent timides ou gauches, rigides ou mollassons, maigrelets ou ventrus, asperges ou trapus, leur relation à leur corps n'est pas aisée. Ils forgent alors de belles théories sophistiquées pour expliquer au patient ce qui ne va pas dans leur corps de psychiatre ! Parfois, ils sont si bien assis sur leurs prérogatives, qu'ils n'ont aucune envie de s'allonger !...

Depuis qu'une nouvelle génération de soignants s'embarrasse moins de relations corporelles avec leurs patients, depuis que l'on se met à danser et à bouger ensemble dans les hôpitaux psychiatriques, les techniques de relaxation passent au second plan... et au musée. Les psychiatres privés en ont pourtant besoin car, comme le suggérait l'un d'entre eux, « la relaxation, c'est rassurant ! ça me donne un décor ambiant qui pose mon personnage (en anglais, *setting* !)... »



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### RESEAU

Abréviation de *Réseau international-Alternative à la Psychiatrie*<sup>176</sup> né spontanément à Bruxelles en janvier 1975 du malaise d'un grand nombre de travailleurs de la santé mentale, qui éprouvaient le double besoin de mettre en commun les difficultés, les critiques et les questions qu'ils affrontaient seuls dans leur travail quotidien et de chercher ensemble une véritable alternative à la psychiatrie.

Le réseau a donc rassemblé, d'une part, des *soignants* qui travaillaient déjà sur le terrain, dans les quartiers, en Belgique, en Italie, en France, en Suisse, ou à l'intérieur d'asiles psychiatriques pour les modifier ou les détruire, d'autre part, des *soignés*, des anciens malades ou psychiatisés, qui portaient sur le traitement qu'ils avaient subi un regard extrêmement lucide et critique.

En deux ans, ce Réseau s'est considérablement développé et ramifié. Il a récemment rassemblé plus de 4000 participants venus d'une quinzaine de pays différents, lors du Troisième Congrès du Réseau International-Alternative à la Psychiatrie. Trieste (Italie), 13-18 septembre 1977.

Le réseau, c'est avant tout une structure *d'échange*, de *confrontation* et *d'information*. Là, les travailleurs de la santé mentale, isolés, retrouvent la force et la solidarité dont ils ont besoin dans leur travail quotidien.

En matière d'assistance à la souffrance et de prise en charge individuelle de la *folie*, le Réseau n'a pas de technique alternative à proposer. Il n'est en aucune façon une nouvelle institution de soins. Il ne connaît pas de réponse miracle à la grande souffrance des hommes, ni de solution qui puisse être systématiquement appliquée et généralisée pour alléger la douleur psychologique.

Mais pour ses membres — et pour les psychiatisés surtout — il est une évidence : la psychiatrie, en tant que branche de la médecine, est incapable de soulager la souffrance humaine.

Les membres du Réseau butent sans cesse sur le caractère éminemment politique de la psychiatrie. Ils se retrouvent autour d'un consensus de base et quelques objectifs de lutte :

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

- suppression de toutes les formes *d'enfermement psychiatrique* ;
- mise en question du *secteur* comme solution de rechange à l'asile ;
- refus du *monopole des professionnels* sur les problèmes de la santé mentale ;
- critique des nouvelles techniques *psychiatriques* et *psychanalytiques* ;
- soutien aux luttes menées par les groupes marginaux et les populations de quartier pour prendre en main leurs propres problèmes et éviter la *psychiatisation* de la vie tout entière.

### TEXTE CONSTITUTIF DU RESEAU ALTERNATIVE A LA PSYCHIATRIE

(Préambule)

Bruxelles, 26 janvier 1975

Le réseau regroupe :

- tout d'abord les psychiatisés, mais également tout groupe décidé à lutter contre l'oppression qu'il subit ;
- tous ceux qui sont les promoteurs et les animateurs de fait d'expériences collectives psychiatriques ou non qui constituent des alternatives au secteur ou des tentatives de destruction de l'asile ;
- enfin tous ceux, travailleurs de la santé mentale ou non, qui refusent de s'inscrire comme les agents d'un ordre psychiatrique répressif et exigent que soient traités les vrais problèmes sur un mode autre que technocratique.

« Nous estimons que les luttes sur la santé mentale doivent s'insérer dans l'ensemble des luttes des travailleurs pour la défense de leur santé et en coordination avec toutes les luttes des forces sociales et politiques pour la transformation de la société. Il ne s'agit pas pour nous d'obtenir la tolérance pour la folie mais de faire comprendre que la folie est l'expression de contradictions sociales contre lesquelles nous devons lutter comme telles. Sans transformation de la société, il n'y a pas de psychiatrie meilleure, mais toujours une psychiatrie oppressive.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Nous refusons d'enfermer dans la terminologie psychiatrique les problèmes d'aliénation et de marginalisation alimentés par le système socio-politique.

Nous exigeons de cesser d'être les agents passifs d'un système de répression de fait des marginaux sous couvert de soins et de réadaptation. »

Le Réseau se fixe pour objectifs :

- la plus large information sur les expériences psychiatriques ou non de destruction de l'asile, d'alternative au secteur, de travail dans la communauté, le soutien de ces expériences et leur défense par tous les moyens (de presse, financiers, juridiques, etc.),
- l'analyse politique collective des situations locales et des institutions en place en démontant les mécanismes économiques et politiques qui légitiment et perpétuent les dites institutions répressives tout en entretenant des processus de marginalisation,
- le soutien aux luttes en cours dans le champ des institutions psychiatriques inséparables des autres luttes menées par les marginalisés et les couches sociales opprimées,
- une recherche active de tous les moyens visant à faire disparaître le monopole du pouvoir psychiatrique au bénéfice d'une lutte menée par les intéressés eux-mêmes dans le cadre des luttes sociales qui commencent à l'école, dans le quartier, dans le milieu de travail et dans la ville,
- l'exigence d'une relation concrète entre les pratiques et les discours théoriques tenus à leur propos.

## RESERVE DE MEDICAMENTS

Ce terme, employé dans certains hôpitaux psychiatriques, désigne un ou plusieurs *médicaments* prescrits en réserve par les psychiatres au cas où l'état psychique des patients les rendrait nécessaires. Les médecins inscrivent leurs ordres thérapeutiques sur le rapport infirmier ; ils indiquent toujours la dose et la répartition des médicaments qui doivent être administrés à chaque malade. Mais, en plus, ils prescrivent une ou deux réserves, appelées *R1* et *R2*, surplus de *neuroleptiques*, de *sédatifs* ou de *somnifères*,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

à faire prendre au patient, sans en référer à eux en cas *d'angoisse* ou *d'insomnie* la nuit, par exemple, ou *d'agitation* entre midi et deux heures...

Cette détestable pratique n'est pas sans danger, d'autant plus que certains infirmiers zélés prennent la liberté de doubler les réserves.

Le matin, en reprenant son travail, le médecin apprend ainsi qu'un patient très agité a reçu sa dose habituelle du soir à 20 heures, sa première réserve R1 à 23 heures et sa seconde réserve R2 à 4 heures du matin, parce qu'il était vraiment trop pénible et casse-pieds.

Une patiente très angoissée et agitée est arrivée un jour à l'hôpital psychiatrique. Dès son admission, elle fut mise en cellule sous fortes doses de *neuroleptiques*. La première nuit, elle reçoit la première et la seconde réserve. R2, par mégarde, avait été doublée. Le second jour, elle est toujours aussi agitée. Le médecin augmente les doses et modifie les réserves. La seconde nuit, elle reçoit à nouveau R1 et R2. Le lendemain matin, elle était précomateuse et devait être transférée d'urgence dans le service de neurologie par une crise épileptique d'apparition subite. Ce genre d'intoxication aiguë est favorisée par le système des réserves médicamenteuses, qu'il faut connaître. A l'hôpital, tout est calme et tout doit rester calme. La nuit surtout. **Le système des réserves assure ce calme et cette tranquillité,... au prix il est vrai de quelques intoxications aiguës.**

## RETOUR

Le retour à l'hôpital psychiatrique, c'est l'acte V imprévu du mélodrame. Dans le cycle à quatre temps de l'asile, *admission-observation-traitement-sortie*, subitement s'ajoute un intrus, un cinquième temps imprévu et imprévisible, un raté dans le moteur, une « bulle »...

Le retour peut faire suite à une sortie mais, le plus souvent, il est la conséquence d'une *évasion* ou d'une *fugue*.<sup>1 n177</sup> Dans ces cas-là, il est habituellement gracieusement offert par la police, en qui l'on reconnaît, une fois de plus, la généreuse collaboratrice de la psychiatrie ! Qu'elle soit ici remerciée au nom de tous les psychiatres d'asile émus et reconnaissants... !

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Le retour peut aussi clore un congé (une permission) ou conclure une sortie dite à l'essai.

Toujours est-il que vous vous retrouverez là où vous étiez juste avant et où vous préféreriez ne pas être.

Le retour abrège en principe les deux premières phases de l'hospitalisation, l'admission et l'observation, puisqu'elles viennent de se dérouler. Par contre, le traitement va se poursuivre et une nouvelle tentative de sortie sera faite dans un plus ou moins proche avenir. Si vous êtes victime d'un retour, tenez bon, la sortie définitive est proche. Il est très rare que l'on soit soumis à deux retours coup sur coup.

## SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie est *LA maladie mentale* par excellence. Il s'agit d'une *psychose* inventée par Eugène Bleuler, un psychiatre de Zurich, en 1911. Mesurons notre langage. Il faut bien écrire « inventée », puisqu'on ne peut prétendre ni qu'elle eût été « découverte », ni « comprise. »

Or, comme le rappelle Rosenhan, « chaque fois que le rapport entre ce que l'on sait et ce qu'on l'on devrait savoir s'approche de zéro, on a tendance à inventer la connaissance... »<sup>176</sup>

Qui comprend la *schizophrénie* comprend la psychiatrie. L'aphorisme est bien connu. Les psychiatres auraient-ils le courage d'admettre avec Roy Grinker, l'un d'entre eux, professeur à Chicago, « qu'à ce jour, dans ces conditions, il ne comprend toujours rien à la psychiatrie » ? Le problème de la *schizophrénie* est bien le problème central de la psychiatrie et des psychiatres. C'est une épine au pied, à ce grand pied qui se pose partout !

**Derrière ce terme spectaculaire, provocateur et percutant, se cache, comme derrière leur langage hermétique, toute l'imposture des psychiatres. Car ces docteurs ne savent pas grand-chose mais, pour donner le change, ils emploient un terme, un mot et un concept qui impressionnent la galerie.** En son nom, ils usent d'un pouvoir quotidien sur leurs patients.

Voyons ce qu'ils appellent *schizophrénie*, depuis Bleuler : « La *schizophrénie* est un état men-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tal pathologique dont le caractère essentiel et évolutif est une dissociation, une disjonction progressive des éléments constitutifs de la personnalité et comme corollaire, une rupture de contact avec l'ambiance, une inadaptation progressive au milieu... »<sup>179</sup> « Quel est le trouble fondamental de cette maladie ? *l'inaffectivité*, dirait Kraepelin, le *trouble des associations*, disait Bleuler ; *l'hypotonie* de la conscience, a dit Berze ; *la perte du contact vital avec la réalité*, a affirmé Minkowski, etc.<sup>180</sup>

Du vent... aucun de ces termes n'a de sens. Et il n'y a pas deux psychiatres qui s'entendraient sur la définition d'un même mot !

Il est vrai que « si certains de ceux que l'on appelle *fous* se livrent à des abus de langage, certains de ceux qui les ont jugés *fous* et qui les traitent en conséquence, n'agissent pas autrement !<sup>181</sup> **La vérité sur la schizophrénie est qu'elle n'existe pas !** du moins pas en tant que maladie qui affecte un individu.

Aucun facteur toxique, biologique, humoral, infectieux, inflammatoire n'a pu être mis en évidence pour l'instant avec certitude chez l'individu qui souffre de *schizophrénie*. Les cerveaux des *schizophrènes* défunts ont été observés, disséqués, mesurés, pesés, analysés, coupés en tranches, en lamelles, rien ! On n'a rien trouvé ! Jusqu'à maintenant...

De plus, les psychiatres ne s'accordent guère sur le diagnostic de *schizophrénie*. Ceux-là mêmes qui auraient démontré, cette fois à coup sûr, le caractère héréditaire de cette maladie admettent qu'ils ont eu bien de la peine à s'entendre, puisqu'ils ne sont tombés d'accord que 7 fois sur 24 cas suspects de *schizophrénie*<sup>182</sup> ! Le problème est le même que celui de la psychiatrie. Il devrait se situer, pour l'heure, au niveau de l'incertitude et du doute.

Certes, quelque chose existe quelque part. Quelque chose que l'on peut appeler si l'on veut *schizophrénie*, à condition que l'on admette :

1. que l'on ne sait pas très bien ce que c'est (maladie, déséquilibre, souffrance ?...),
2. que l'on ne sait pas très bien où cela se trouve (dans l'individu, dans sa famille, dans son environnement ?...)
3. que l'on ne sait pas, de ce fait, ce qu'il faut lui opposer...

La *schizophrénie* quoi qu'en disent les psychiatres, n'est en tout cas pas « une maladie inguérissable ». Elle n'abou-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tit pas à la *démence*. Elle ne se traduit pas par une pensée incohérente, des troubles de l'affectivité, des comportements incompréhensibles, etc.

Ce que le psychiatre honnête peut dire, c'est qu'il est là devant quelqu'un qui souffre et que, le plus souvent, il n'y comprend rien. Ce n'est pas parce qu'il ne comprend rien à sa pensée, à son affectivité et à son comportement que l'autre souffre d'une maladie. C'est la « rencontre » entre cet autre et son psychiatre qui est malade. La pensée, l'affectivité et le comportement du prétendu *schizophrène* ont toujours un sens que le psychiatre se doit de découvrir en utilisant sa propre « schizophrénie. » S'il n'a pas envie de le faire, il devrait changer de métier ou se spécialiser dans de « belles petites maladies mentales » discrètes, qu'il comprend. **Son ignorance ne lui donne le droit, ni moral, ni scientifique, de se dissimuler derrière un langage hermétique et un pouvoir thérapeutique de tous les instants.**

## SECRET MEDICAL

Le secret médical — ou secret professionnel : les médecins y tiennent aussi fort que leurs malades. Il est compréhensible que les malades exigent que tout ce qu'ils racontent à leurs médecins et à leurs collaborateurs (infirmières, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes, etc.) ne soit pas immédiatement diffusé urbi et orbi. Compréhensible aussi que les médecins fondent leur pratique libérale sur ce fameux secret, qui leur donne un grand pouvoir sur les autorités, et qu'ils ne manquent pas de mettre en avant lorsque la menace du passage de la médecine au secteur public se fait trop pressante. Compréhensible enfin que certains juges et avocats, chevauchant la loi, rappellent que « les médecins et leurs auxiliaires sont punissables lorsqu'ils auront révélé un secret à eux confiés en vertu de leur profession et dont ils auraient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci »<sup>183</sup>

En psychiatrie, le secret médical a toutefois de sérieuses lacunes malgré sa belle et solide apparence. Il faut les connaître, car la plupart ont été prévues par la loi et soulignent, par leur existence même, la différence entre la psy-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

chirurgie, qui doit se forger un secret médical bien spécial, et le reste de la médecine.

L'hôpital psychiatrique, par exemple, est sous la surveillance du procureur général ou d'une autorité administrative supérieure, donc de gens qui contrôlent également les certificats médicaux. Chacun d'eux est envoyé à l'organe de surveillance.

Là, un excellent fonctionnaire, muet comme une carpe et aveugle comme une taupe, classe et archive M. Dupont *schizophrène* et Mme Durand *homosexuelle, hystérique...*

On sait aussi que la loi a prévu toute une série de dérogations au secret médical, pour certaines catégories de malades<sup>184</sup> notamment les *alcooliques*, les *toxicomanes*, les *arriérés mentaux* et finalement tous ceux que la société voudrait mettre *sous tutelle* ou *curatelle*, sans oublier les délinquants qui subissent moult expertises psychiatriques largement commentées dans la presse à sensation.

Il y a enfin l'évolution de la *psychiatrie de secteur*, qui empêche le respect du secret médical. Le malade n'est plus soigné par le médecin dans une relation bilatérale privilégiée et protégée. Il est pris en charge par toute une *équipe* et « son cas » sera discuté par un grand nombre de gens. Comment être sûr alors que le secret médical soit préservé ?

Toute la *psychiatrie d'enseignement*, tous les *cours*, toutes les *présentations*, les travaux de *recherche* et les *publications* scientifiques rendent aussi le respect du secret bien difficile. Les pratiques mêmes des psychiatres et leurs alliances louches peuvent rompre le secret médical, souvent à leur insu, et sans qu'ils l'aient voulu : témoin l'histoire de cet ouvrier étranger interné à tort et à grands coups de gueule, de flics, d'ambulance et d'ambulanciers, un soir de novembre. Comme il habitait une cité satellite aux grands immeubles concentriques, il y avait du monde aux fenêtres et du public aux galeries, pour assister à l'enlèvement-internement. Eh bien ! lorsque les psychiatres ont reconnu leur erreur, lorsqu'ils ont pu renvoyer l'homme chez lui, c'était trop tard : il avait perdu son travail, les gens ne le saluaient plus dans la rue, la régie refusait de renouveler son bail. Il a fini par se faire éjecter du quartier, comme un malpropre.

Alors, les psychiatres et le respect du secret médical, permettez, ça fait parfois sourire. Comme lorsqu'un flic, qui



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

ne doute de rien, téléphone au médecin à l'asile et dit : « Le quidam que l'on vient d'appréhender, vous connaissez ? Est-ce l'un de vos clients ? » Un psychiatre sur deux tombe dans le piège et donne le renseignement.

A vouloir s'acoquiner avec des gens louches et peu recommandables, à vouloir collaborer avec les flics, avec l'administration et le pouvoir judiciaire, on prend certains risques. L'un d'eux est que l'information sur le malade circule presque librement entre ces instances.

Ce n'est pas le secret médical qu'il faut modifier ou renforcer en psychiatrie, mais bien **la psychiatrie qu'il faudrait rendre autonome et indépendante des forces de contrôle et de répression de la société.**

### SECTEUR

Ce terme a un sens très précis. Il fait allusion au découpage en ronds géographiques (secteurs) d'un territoire donné afin d'y organiser une politique de santé mentale spécifique dite « psychiatrie de secteur ».

Née du double espoir qui a surgi en France, après la guerre, de transformer l'hôpital psychiatrique et de le vider progressivement de ses pensionnaires, la psychiatrie de secteur cherche à développer des structures de *soins extra-hospitalières* et le *traitement ambulatoire*. Comme le patient circule entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, l'idée que la relation thérapeutique doit être préservée tout au long du circuit s'impose. On crée alors une équipe de soins qui coordonne l'intérieur et l'extérieur et pose les deux principes fondamentaux de la psychiatrie de secteur que sont l'unité et la continuité de la prise en charge du malade. Le troisième principe est un travail résolument tourné vers l'extérieur et l'environnement du patient.

Pour plus de commodité et pour faciliter cette politique, certains hôpitaux psychiatriques se sont également divisés en secteurs. Ce qui fait qu'un habitant d'un quartier déterminé de la ville, ou d'un secteur spécifique de la campagne, aboutit à l'hôpital toujours dans le même pavillon (ou service) soigné par les mêmes équipes. A la sortie, le malade est adressé dans un *centre de santé mentale*, dans un *hôpital de jour*, un *atelier*, un *foyer protégé*, un *centre*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*de cure pour toxicomanes ou alcooliques* relevant d'un secteur spécifique de la ville, celui de son domicile. Là aussi, on retrouve, tout au long du traitement extra-hospitalier, la même équipe soignante.

Cette politique existe dans plusieurs pays ( France, Suisse, Belgique...). Elle commence à montrer ses difficultés, ses échecs et ses dangers.

D'abord les buts qu'elle s'était donnés au niveau de l'hôpital psychiatrique n'ont jamais été atteints. Même si certains hôpitaux se sont vidés, leur structure interne n'a pas été modifiée pour autant. Les séjours en milieu psychiatrique fermé restent aussi traumatisants pour le malade que par le passé. De plus, si la sortie est accélérée, la prise en charge extra-hospitalière dans le cadre du secteur maintient sur le malade un strict système de contrôle.

La plupart du temps, l'institution hospitalière et l'institution extra-hospitalière se font la guerre, car elles sont séparées sur le plan administratif et leurs médecins ont des idéologies bien différentes.

Dans ce conflit, l'hôpital va toujours gagner, car il dispose des structures administratives les plus anciennes, les plus robustes et les plus expérimentées. De plus, des facteurs économiques s'ajoutent à cette force. En période de crise économique, toute solution alternative à l'asile psychiatrique est mise en veilleuse parce que trop compliquée et trop coûteuse. Enfin, des facteurs psychologiques viennent renforcer l'asile : les psychiatres privés de la ville le soutiennent, car ils en ont besoin pour continuer à soigner leurs patients dans le calme, le secteur extra-hospitalier représentant pour eux une menace de diminution de clientèle.

**La psychiatrie de secteur favorise ainsi une politique de santé mentale qui renforce le contrôle de l'administration sur l'individu à tous les niveaux, sans supprimer pour autant les modes traditionnels de prise en charge à l'hôpital psychiatrique.** Ce pouvoir de contrôle n'est pas tant dans les mains des psychiatres que dans celles, plus dangereuses et sournoises, de l'administration. Et des deux administrations, hospitalière et extra-hospitalière, c'est toujours la première qui est la plus forte et qui dicte ses directives à la seconde.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### SERVICE SOCIAL

Il y a dans chaque pavillon et dans chaque équipe soignante une *assistante* ou un *assistant social* avec qui vous pouvez prendre contact. Cette personne peut vous aider à résoudre toute une série de problèmes, liés ou non à votre hospitalisation, qui en découlent ou que celle-ci aurait précipités.

Ces problèmes vont du travail et de vos relations avec votre employeur, au logement et aux enfants, en passant par des problèmes d'argent et de dettes, d'assurance, d'impôts, de droit aux prestations de chômage et des problèmes juridiques (permis de séjour, divorce, etc.).

Les services sociaux ne proposent pas de solutions toutes faites et n'imposent rien. Ils tentent simplement de résoudre avec vous des difficultés concrètes de la vie quotidienne qui, en s'accumulant, vous submergent et vous écrasent.

Les *assistantes et assistants sociaux* qui travaillent à l'hôpital psychiatrique et dans les centres de santé mentale ont fréquemment une vue beaucoup plus claire que les médecins sur ce qui s'y passe.

N'ayant aucun pouvoir dans la hiérarchie de l'institution, ils seront ainsi, souvent, des alliés plus sûrs que le corps médical. Enfin, ils sont aussi des *soignants* très efficaces, car ils affrontent tous les jours les mêmes problèmes que vous et les comprenant, n'ont pas envie de les reléguer au second plan.

### SEXUALITE

Les hôpitaux psychiatriques recommandables et sérieux interdisent strictement les *relations sexuelles*.

Si vous posez au médecin chef, au directeur ou à l'administrateur la question de leur éventualité, il y a fort à parier qu'il deviendra un peu rouge (d'envie, de honte, de rage ou de confusion...) et qu'il dira : « Interdit ! défendu ! sacrilège !... »

S'il n'a pas le sens du ridicule, il dira même une chose

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

aussi drôle que ceci, de l'un de mes petits-grands-patrons :

« Pas question ! si ma femme est internée, je ne veux pas qu'elle me fasse cocu... ! »

En attendant (le feu vert !), chacun sait à l'hôpital psychiatrique que ces *relations sexuelles* ont lieu, toutes les fois que c'est possible, que l'occasion s'en présente et que les patients en ont envie (les *neuroleptiques*, de façon générale, diminuent l'envie d'avoir des relations sexuelles). Elles ont lieu l'été dans les buissons du parc ou dans la forêt, ou le soir, lorsque le veilleur est assoupi. Le personnel soignant ferme d'habitude chastement les yeux. Si vous êtes en chambre individuelle, il est possible de recevoir, à l'heure des visites, votre mari ou votre femme, un ami ou une amie, et d'avoir à ce moment-là des relations. En principe, le personnel bien élevé frappe avant d'entrer. Pour ne pas avoir d'ennuis, il faut simplement ne pas en parler.

Les *relations sexuelles* avec les membres du personnel sont beaucoup plus délicates et entraînent généralement des sanctions immédiates pour la personne soignante impliquée, et pour vous une histoire sans fin.

Comme à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, les *relations sexuelles* peuvent apporter beaucoup de plaisir. Les médecins de l'asile qui en apprennent l'existence, se demanderont longtemps et avec intérêt, lors d'interminables colloques « pourquoi vous les provoquez de cette façon » ! Un confrère de ma connaissance, drôle de compère et psychiatre privé de surcroît, a quant à lui une façon très personnelle de provoquer : il recommande souvent les relations sexuelles, et avec quelle verdure (!), à ses patientes.

« Madame, croyez-moi, ce qu'il vous faut, c'est baiser ! tout est dans ce « traitement »... ! — « Mais comment, Docteur ? », s'enquiert la malade interloquée. Et le toubib d'expliquer avec force détails qu'elle doit se rendre un samedi soir dans un bar de la ville, etc.

Confiante et obéissante, Madame s'exécute. Elle déniche un Jules de passage et a l'à-propos d'appeler son psychiatre à 4 heures du matin : « Docteur, c'est fait... mais ça ne va pas mieux ! » L'histoire ne dit pas ce que le médecin a fait, lui, à ce moment-là !

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### SOCIOTHERAPIE

Toutes les activités qui, à l'hôpital psychiatrique, tendent à favoriser les relations et les communications avec l'entourage relèvent de la *sociothérapie*.

Le club de loisirs, par exemple, est typiquement une activité *sociothérapeutique*, comme le ciné-club ou d'autres activités culturelles, les sorties en ville ou à la piscine, les danses, les repas en commun et les fêtes organisées à l'hôpital, etc.

**La sociothérapie n'est rien d'autre qu'une tentative de réhumaniser les asiles.**

Car les psychiatres ont commencé par sortir les fous de la ville pour les mettre dans de grands asiles. Puis, ils se sont rendu compte que, là-bas, une nouvelle maladie s'abat-tait sur leurs protégés, celle de l'institution et de l'hôpital, de la passivité, de l'irresponsabilité, de l'attente sans fin, sans espoir et sans but, celle du repli sur soi et de la perte de l'initiative.

Constatant ce vide qui s'installait insidieusement dans leur domaine et dans le cerveau de leurs patients, ils ont fait monter la ville à l'asile. Les *sociothérapeutes*, qui font partie intégrante de l'équipe thérapeutique, sont les représentants de la ville et de la vie dans les asiles. Ils animent l'inanimé, distraient les apathiques, font bouger les amorphes et danser les immobiles. Les *sociothérapeutes* ont fort à faire. Parfois ils se disent que c'aurait quand même été plus simple de laisser les asiles en ville, dans la société, plutôt que de s'épuiser à réintroduire la société dans un milieu où elle ne peut pas survivre !

### SORTIE

Il s'agit de la dernière phase du séjour hospitalier, l'acte IV d'un mélodrame dont les trois premiers s'appellent *admission, observation et traitement*.

Que vous soyez entré volontairement ou non à l'hôpital psychiatrique, **la sortie n'est pas libre**. Elle ne dépend pas de vous.<sup>185</sup>

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Si, le médecin pense que vous ne devez pas sortir, de deux choses l'une : ou bien vous avez été interné (*placement volontaire*) et il a alors le pouvoir de vous garder, ou bien vous êtes venu volontairement (*placement libre*) et il doit faire transformer votre statut de malade volontaire en malade interné. Pour cela, il soumet, votre cas à un organisme de contrôle qui décidera de l'opportunité de vous laisser sortir ou non.

Toute sortie n'est autorisée qu'à titre provisoire, ce qui veut dire que vous pouvez être réhospitalisé sans autre formalité (nouveau certificat).<sup>186</sup>

Si, au cours de ces atermoiements, vous décidez de ne pas attendre l'accord des médecins ou celui de l'organisme de surveillance pour leur fausser compagnie, le dernier acte ne s'appellera plus sortie, mais *fugue* ou *évasion*. Dès lors les médecins ont le droit, si vous êtes interné ou sous le régime du placement d'office, de vous signaler à la police qui vous ramènera à l'hôpital, si elle vous trouve.

Le processus de sortie comprend toujours une *discussion avec le médecin* sur la suite du traitement (ou traitement ambulatoire), que vous êtes libre d'accepter ou de refuser.

Il faudra aussi *discuter avec le service social* des conditions de travail et de logement que vous allez trouver à l'extérieur. Afin de limiter les ennuis provoqués par une hospitalisation et de prévenir de trop difficiles retrouvailles, il faudrait tenter de prévoir les complications qui surgiront au travail, au logement et avec les copains, du fait du séjour chez les psychiatres et les *fous*.

## SUICIDE

Les psychiatres se disent préoccupés par la « lutte contre le suicide ». Abordée de cette façon globale, générale et impersonnelle, cette lutte ne veut pas dire grand-chose. Est-il possible d'éradiquer le suicide comme des *épidémiologistes* le feraient de la variole ou de la poliomyélite ?

Tous les jours et partout, des enfants, des adolescents, des adultes et des vieillards sont sur le point de se tuer. Peu leur importe la lutte contre le suicide, les congrès des psychiatres et leurs communications scientifiques.

En psychiatrie, le suicide est sans doute ce qui inter-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

pelle le soignant de la façon la plus violente. Ce qui l'accule dans ses derniers retranchements et le contraint à « vivre un peu sa propre mort ».

Une personne qui va se tuer cherche souvent, ici, maintenant et tout de suite, une autre *personne* capable de regarder la mort et surtout **sa mort** en face et sans faux-fuyant. Ceux qui y pensent intensément et vont, en dernier recours, consulter un psychiatre, peuvent se désespérer de **ne** rencontrer qu'un habile technicien, spécialiste de l'instinct de mort, dispensateur de bonnes paroles, de petites pilules et *d'électrochocs*.

**Face au suicidant, le psychiatre n'a qu'une solution : baisser le masque.** Ce n'est pas facile à faire, ça ne repose sur aucune astuce du métier ni aucune technique psychiatrique. Comment retenir quelqu'un, au seuil de la mort, par un mensonge ? **Aucun traitement, aucune connaissance, aucune hospitalisation ne saurait se substituer à la présence de l'autre, démasqué. Ni les encouragements à la vie, ni l'appel à la raison, ni les mesures de sécurité et de surveillance maximales ne peuvent remplacer un regard humain que cherche avidement la personne sur le point de mourir,** seule. Regard de doute et d'angoisse peut-être, mais regard sans fard ni stratagème, attestant que le désir de mort a été reconnu et pris au sérieux.

Il saura peut-être transmettre l'importance qu'a, pour un soignant, une personne en instance de suicide et en danger de mort. Les suicides existent également dans les asiles. Personne n'a jamais pu les empêcher. Si l'envie de mourir est trop forte, l'hospitalisation acceptée est un espoir de survie. Pourtant, les psychiatres ferment les portes à clé et prescrivent *médicaments* et *électrochocs*. Ceux qui ne pensent qu'à se tuer trouvent ces mesures bien dérisoires. Ils sont désespérés d'être venus jusque-là, d'avoir fait tout ce voyage pour se retrouver avec la même et intense envie de mourir.

A l'hôpital comme en ville, il faudrait pouvoir aller vers quelqu'un, tout de suite, pour qu'il vous écoute, sache entendre votre désir de mort et en prendre une partie. Il faudrait pouvoir faire encore cette *démarche*.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### TELEPHONE

A l'hôpital psychiatrique, le téléphone, comme ailleurs est un bon moyen de communication. Il est donc étroitement surveillé ! Chaque bureau d'infirmiers ou de médecins est équipé d'un appareil qui permet de téléphoner à l'extérieur. Ces bureaux sont fermés à clé !

Pour téléphoner en ville, chez vous, à vos amis ou à votre travail, vous pouvez ou bien soudoyer (avec de forts arguments !) un membre du personnel pour qu'il vous laisse utiliser l'appareil du bureau (mais officiellement il n'en a pas le droit) ou bien, et c'est préférable, vous rendre ou vous faire accompagner à l'une des cabines téléphoniques publiques qui se trouve sur le domaine ou proches de la cantine de l'hôpital. En insistant bien, l'une ou l'autre démarche doit aboutir. Ce qui vous permettra de prendre contact avec quelqu'un à l'extérieur, éventuellement un avocat, si vous désirez faire recours.

Les communications de l'extérieur qui vous sont destinées parviennent au bureau infirmier du pavillon. La personne de service peut vous les transmettre — ou non —, selon son bon vouloir. En insistant vous devriez obtenir que l'appel vous soit au moins signalé, pour que vous puissiez retéléphoner plus tard.

Le contrôle des téléphones, éventuellement leurs suppression, représente un moyen classique de *contrôle* et de *punition* qui, à l'hôpital psychiatrique, est plutôt mesquin. Il n'y a aucune raison que vous le tolériez et que vous n'ayez pas le droit de téléphoner à qui vous chante et de recevoir des appels de qui vous voulez.

Dans certains hôpitaux, on dit qu'il y a des tables d'écoute qui surveillent les conversations téléphoniques du personnel... On se demande bien quel cerveau *paranoïaque* a pu imaginer une chose pareille !

### TESTS PSYCHOLOGIQUES

Les tests représentent à la fois le fief et l'arme-outil des psychologues. Petites épreuves auxquelles le patient est sou-



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

mis, bon gré mal gré, ils permettent de mesurer, disons... quelque chose de psychologique ! Les médecins mesurent bien le poids, la taille, la pression artérielle de leurs patients. Pourquoi les psychiatres ne mesureraient-ils pas quelque chose, eux aussi ? En fait, ils prient les psychologues de mesurer à leur place. Ils se joignent ainsi à la grande famille des travailleurs de la santé mentale, pour se nourrir avec eux au râtelier de la *folie*.

Les psychologues ont développé une multitude de tests qu'ils ont groupés, en bon stratèges, en différentes batteries (de tests), braquées sur l'un ou sur l'autre aspect du paysage humain : intelligence, personnalité, caractère et investissement libidinal ! Ils pointent soigneusement leurs batteries, tendent au patient un papier et un crayon ou un objet hétéroclite, ou des planches dessinées, posent leur question, enclenchent le chronomètre et... font feu !

Coup au but : *quotient intellectuel*  $QI = 42,3 \%$ , débile profond au test de Wechsler-Bellevue. Deuxième coup, au but également : élévation marquée des échelles *psychasthénie* et *hypocondrie* au *MMPI*. Troisième coup — feu : choc couleur au *Rorschach*, traduisant des troubles de l'affectivité, mais avec une bonne capacité de liens objectaux. Raté ! le patient est un *psychotique* chronique hospitalisé depuis 15 ans ! Conclusion : « Un testeur sans psychologie est plus dangereux qu'un psychologue sans test ! »<sup>187</sup>

A l'hôpital, il y a bien des chances que vous soyez, une fois ou l'autre, soumis à des tests psychologiques. L'affaire est indolore et sans conséquence. Elle se déroule dans le bureau du psychologue, et permet de se distraire un brin. Pour apprendre des choses sur son caractère ou sa personnalité il faut discuter avec lui les résultats des tests. Habituellement, il le fera volontiers, si vous le demandez gentiment !

### THERAPIE BREVE

En deux mots, pas un de plus, la thérapie brève est une mini-psychanalyse ! Notre époque voit triompher la miniaturisation. Regardez, par exemple, le magnifique développement des calculatrices de poche, toutes issues du gros ordinateur de papa. La miniaturisation a deux avantages, faut-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

il vous le rappeler : elle permet une diffusion du produit sur une large échelle et abaisse très nettement son prix de revient.

Il n'y avait aucune raison pour que d'astucieux psychanalystes ne cherchent pas, à leur tour, à miniaturiser la cure analytique de papa Freud. Ils la rendraient ainsi moins chère, à la portée de nombreuses bourses et ils la diffuseraient plus largement que la cure freudienne classique.

Naturellement, de même qu'une calculatrice de poche est soumise aux servitudes d'un programme pré établi à l'instar du gros ordinateur, de même la psychothérapie brève véhicule les risques habituels d'une psychanalyse, la banqueroute du patient exceptée !

Elaborée aux Etats-Unis, on s'en doutait, la psychothérapie brève propose une guérison accélérée, en une vingtaine de séances, concentrées sur quelques semaines. Elle s'adresse tout particulièrement aux malades souffrant de *névrose*, éventuellement de troubles du caractère ou de la personnalité. Le thérapeute commence par recevoir son patient pour un ou deux entretiens préliminaires, puis il élabore dans le secret de son cerveau — préprogrammé sur le mode psychanalytique — et dans la paix de son cabinet de consultation, un *focus*. C'est quoi, un *focus* ?

*Focus* est le mot latin qui désigne le foyer ; il fait incontestablement plus sérieux et plus savant que son équivalent français !

**Le focus est la problématique centrale d'une personne.** Autour d'elle converge toute sa *symptomatologie*. Exemple : le psychiatre reçoit un patient déprimé, anxieux et impuissant. Après l'entretien préliminaire, un focus se distingue de plus en plus nettement dans la pénombre psychique du malade. Il souffre d'un violent complexe de *castration* (c'est cela, le focus) qui remonte à un traumatisme précis de son enfance : à l'âge de 6 ans 2 mois et 18 jours, une porte claqua subitement dans la maison de ses parents pendant qu'il feuilletait une revue porno chipée dans le tiroir de papa... C'est évident, direz-vous ! Quel génie, ce psychiatre ! Quelle merveille que le *focus* !

Dès lors, le psychanalyste va s'efforcer d'amener, ce *focus*, progressivement, mais sans perdre de temps (il dispose de 20 séances !), du niveau *inconscient* où il l'a découvert (le brave et courageux explorateur !) au niveau

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*conscient*. Dès que le patient a compris, « tilt », tous les symptômes pour lesquels il a consulté (dépression, angoisse, impuissance) s'évanouissent comme par enchantement. Il n'a plus qu'à passer à la caisse.

La psychothérapie brève, c'est merveilleux. Vive le faux cul (focus), grand rénovateur de la psychanalyse et solide allié du vrai psychanalyste !

## THERAPIE DE FAMILLE

« La *schizophrénie* est une sorte de stratégie qu'une personne invente afin de survivre dans une situation invivable. Dans son existence, la personne s'est trouvée placée dans une position intenable. Elle ne peut faire un seul mouvement sans être assaillie de pressions contradictoires, à la fois internes, provenant d'elle-même, et externes, des autres qui l'entourent. Dans cette position, la personne est échec et mat. »<sup>188</sup>

Fondée sur l'hypothèse que la *folie* — notamment la *schizophrénie* — résulte d'un équilibre familial perturbé, la thérapie de famille cherche à le comprendre et à le modifier, pour « guérir la *schizophrénie* de l'un de ses membres ».

C'est une *psychothérapie* de groupe rassemblant le plus grand nombre possible de membres de la famille, en présence d'un psychothérapeute, à raison de une ou deux séances par semaine.

Lors d'une thérapie de famille réussie, il s'établit, dans le réseau familial, des communications différentes, fondées sur une compréhension du mode antérieur de communication. En principe, tout le monde y gagne, ce qui veut dire que l'autonomie de chaque membre de la famille est reconnue, renforcée et surtout mieux respectée par les autres. Si cela est possible, la famille peut alors commencer à s'aimer.

## THERAPIE DU COMPORTEMENT

La thérapie du comportement, *thérapie comportementale* ou *behaviour therapy* est un traitement dont les Américains

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

nous ont généreusement fait cadeau, il y a une vingtaine d'années. Pour mieux comprendre ce traitement, il faut connaître un peu les Américains. Ils sont pratiques, efficaces et concrets et ne s'embarrassent pas de concepts compliqués. Ils simplifient. Ils ont observé que les souffrances de l'homme pouvaient être analysées en termes de bonnes ou mauvaises habitudes, de bons ou de mauvais comportements. La *dépression*, l'*angoisse*, le *délire*, les *phobies* et les *obsessions*, les *perversions* et les *troubles sexuels* seraient des habitudes apprises ou mal apprises, peu à peu, par l'individu, dès sa naissance. Dans ces conditions, la maladie mentale paraît être plus un apprentissage erroné qu'un trouble organique psychologique ou le résultat de conflits sociaux. Si certains comportements ont été appris de travers, il est possible, disent les « *comportementalistes* » (ou *behavioristes*) de désapprendre les comportements inadaptés en les affaiblissant et en les éliminant, pour en apprendre de nouveaux, mieux adaptés, en les renforçant progressivement.

La thérapie du comportement repose sur des principes d'apprentissage, définis et vérifiés expérimentalement, en laboratoire, sur des animaux. Les thérapeutes du comportement sont convaincus que l'homme n'est qu'un animal, complexe sans doute, mais répondant, sur le plan psychologique, toujours à la même définition : à un stimulus spécifique correspondant une réponse comportementale spécifique.

Exemple : pour un individu donné, la situation de foule (stimulus) provoque toujours un état de panique se traduisant par un malaise intense (réponse). Cette *phobie* résulte d'un apprentissage erroné durant l'enfance. Elle peut être abandonnée et remplacée par un comportement plus adapté.

Le thérapeute du comportement a de multiples techniques à sa disposition, fondées sur des principes d'apprentissage qui dérivent des travaux de Pavlov sur les chiens et de Skinner sur les pigeons. On peut apprendre et désapprendre des tas de choses à un chien et à un pigeon, pour peu qu'on les punisse ou qu'on les récompense au bon moment et de façon adéquate. De même, les thérapeutes du comportement pensent qu'on peut apprendre et désapprendre des tas de choses à un être humain, en le soumettant à des

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

événements agréables ou désagréables. Et ils ont raison. Leurs résultats le prouvent.

Dans toute une catégorie de *névroses* et de troubles sexuels, dans la *toxicomanie* et l'*alcoolisme*, cette approche se montre d'une grande efficacité. Les psychologues ont compris tout le parti qu'ils pouvaient tirer de ces traitements. Dans les pays anglo-saxons surtout, ils sont devenus les spécialistes de la thérapie du comportement qu'ils appliquent avec efficacité. Ils prennent en charge toute une série de gens qui ont tâté des autres traitements psychiatriques (*chémiothérapie, psychanalyse, psychothérapies classiques...*), en sont déçus et tout aussi souffrants qu'avant.

Leur grand succès tient à leur approche thérapeutique et à leur attitude envers le patient, et leurs échecs à ce qu'ils n'ont pas respecté quelques règles fondamentales. Quelles sont ces règles ?

Le thérapeute du comportement n'est qu'un technicien qui met ses connaissances expérimentales au service du malade. Aucune dissimulation ni aucune manifestation de pouvoir n'interviennent dans cette relation. Il discute ouvertement avec son malade de sa technique et de ce qu'il compte en faire. Tout au long du traitement, le dialogue et la collaboration du soignant avec le soigné sont essentiels. Le plan thérapeutique est constamment ajusté, au cours de son application, aux progrès et aux désirs du patient. Les thérapeutes du comportement ont été les premiers à suggérer l'établissement d'un « *contrat thérapeutique* » préalable à la prise en charge, définissant exactement ce que le patient en attend. Ce *contrat*, signé par les deux parties, peut être adapté en tout temps.

On voit donc bien en quoi la pratique des thérapeutes du comportement diffère de celle des autres psychiatres et psychanalystes. Aucun savoir n'est dissimulé et le pouvoir est banni de la relation thérapeutique. On joue cartes sur table. Ces principes étant respectés, bien des choses sont possibles en psychiatrie. Les comportementalistes l'ont redécouvert.

Au contraire, si l'un ou l'autre de ces principes n'est pas respecté, les thérapies du comportement deviennent des traitements redoutables qui s'apparentent au dressage et à la manipulation des individus. Les critiques virulentes et

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

justifiées, lancées, récemment contre cette approche thérapeutique, s'adressaient aux thérapeutes du comportement qui estimaient pouvoir se passer du respect de ces quelques règles fondamentales et par conséquent du respect intégral de leurs patients.

### TOXICOMANE

Les « toxicos » sont ces filles et ces gars qui se piquent, reniflent ou ingurgitent de la drogue, drogue désignant plusieurs substances différentes qui donnent, un court instant, un peu de bonheur, en ôtant la fatigue, l'angoisse, les soucis et en apportant du bien-être. L'usage de ces substances est contrôlé par la loi. Autrement dit, si on en prend, on se fait attraper par la police et mettre en prison.

C'est Mohammed, 8 ans, qui a donné, me semble-t-il, la meilleure définition du « toxico ». « Les mômes qui se piquent deviennent tous habitués au bonheur et ça ne pardonne pas, vu que le bonheur est connu pour ses états de manque... L'état de manque, c'est quand on n'a rien et personne... Pour se piquer, il faut vraiment chercher à être heureux et il n'y a que le roi des cons qui a des idées pareilles. Moi, dit Mohammed, je tiens pas tellement à être heureux, je préfère encore la vie... »<sup>189</sup>

Les psychiatres paraissent être tombés d'accord pour déclarer que les « toxicos » ne relèvent pas de l'hôpital, qu'ils ne sont pas à proprement parler des malades, mais des gens qui révèlent le malaise de la société d'un XX<sup>e</sup> siècle décadent. Dommage que les psychiatres n'étendent pas leurs conclusions aux *alcooliques, schizophrènes, délirants, paranoïaques...* dont ils s'occupent. Car, vrai de vrai, tous ces gens-là révèlent *le malaise* de notre société et sont bien malheureux dans les hôpitaux psychiatriques.

Les « toxicos », avec leur terrible lucidité, démasquent les hypocrisies de notre monde, et celle de l'internement psychiatrique. Mais ils en meurent.

Si vous en rencontrez un au cours de votre voyage en psychiatrie, prenez le temps de l'écouter. Il a des choses importantes à dire. S'il ne veut ou ne peut pas arrêter de prendre sa drogue, ses jours sont comptés...

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### TRAITEMENT

« En psychiatrie, il est parfois difficile de savoir à quel instant le traitement s'achève et l'expérimentation commence. »

Rapport du Conseil de l'Europe.<sup>190</sup>  
7-8 octobre 1977

#### Police, KGB, CIA (moyens de torture)

- Enfermement
- Isolement et privation sensorielle
- Confiscation des objets personnels
- Interdiction de communiquer avec l'extérieur
- Contention humide
- Privation de sommeil
- Sévices sexuels
- Magnéto
- Punitions de toutes sortes

#### Psychiatrie (traitements)

- Enfermement
- Isolement
- Suppression des vêtements et objets personnels
- Suppression des visites et du courrier
- *Pack*
- *Agrypnie*
- *Castration* chimique
- *Electrochocs*
- Traitements aversifs  
thérapie du comportement

Cette liste n'est sûrement pas exhaustive.

Il est quelque peu troublant de découvrir l'étroite concordance, sinon la similitude, qui existe entre certains traitements psychiatriques et d'autres méthodes utilisées, de longue date, par toutes les polices du monde.

Tous ces traitements sont reconnus et appliqués journellement par la grande communauté des psychiatres du globe. Chacun d'entre eux a fait l'objet d'un nombre considérable de publications, dites scientifiques. Sûrement que les psychiatres ne sont pas seulement des « cruels tortionnaires » et que leur « science psychiatrique » n'est pas qu'une gigantesque entreprise de tortures. Mais réfléchissons à cette curieuse concordance entre méthodes de *tor-*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*ture* et mesures *thérapeutiques*. Elles ont des noms différents certes mais, dans la pratique, rien ne différencie, par exemple, l'*agrypnie* des psychiatres et la *privation de sommeil* de la police. N'oublions pas que toutes les méthodes policières, sauf la magnéto, sont appliquées depuis des siècles, alors que ces thérapeutiques viennent d'être « découvertes ».

N'ont-elles pas plutôt été redécouvertes par des gens et des psychiatres, qui ne savent pas ce qui se cache au fond de leur inconscient et de l'histoire de l'homme ?

Peut-on légitimer n'importe quoi en psychiatrie et appeler traitement ce que de malheureuses victimes ont subi depuis des siècles dans la souffrance et la solitude ?

Ceux qui torturaient, ignoraient-ils qu'ils étaient en réalité des thérapeutes, ou les psychiatres finiront-ils par admettre qu'ils pourraient avoir quelque ressemblance avec des tortionnaires ?

Cette question est si grave qu'il n'est pas possible de l'évacuer en qualifiant d'antipsychiatres ceux qui l'ont posée.

Il est vrai qu'il existe d'autres traitements en psychiatrie. Particulièrement ceux qu'il n'est pas possible « d'appliquer » au patient, car ils supposent un accord préalable avec le malade, donc une bonne relation. Ils relèvent de la *psychothérapie*, de la *psychanalyse*, des *thérapies* de groupe et de famille, de la communauté thérapeutique, des thérapies brèves, de l'*ergo* et de la *sociothérapie*.

Reste encore le traitement moral, cher à certains psychiatres dont la préoccupation est surtout de faire valoir « leur » morale. Ils estiment être les guides de leurs patients et leurs directeurs de conscience. Ces papas de la psychiatrie parlent à leurs malades de justice et de vérité. Ils leur donnent d'abondants conseils sans réaliser qu'ils leur imposent leurs vérités (ou celles de la chapelle analytique)... Tout traitement, qu'il soit médical ou psychiatrique, a ses succès, ses échecs, ses indications, ses contre-indications, ses effets bénéfiques et maléfiques, primaires et secondaires.

Les psychiatres distinguent arbitrairement les bons traitements des mauvais. Il n'existe, par exemple, aucune étude comparative sérieuse entre les *électrochocs* et les *antidépresseurs* dans la *dépression endogène*, ni entre la communauté thérapeutique et la *psychothérapie* de groupe classique, etc.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

L'arbitraire des psychiatres les conduit à condamner violemment des traitements qu'ils désapprouvent, sans aucune autre forme d'études et de preuves, et à être au contraire extrêmement tolérants et complaisants pour les échecs d'autres thérapeutiques tenues pour bonnes et sérieuses. Une patiente meurt d'une intoxication au *lithium*, lors d'un surdosage, c'est à peine si les risques de ce traitement sont relevés. Une adolescente se suicide, après avoir été prise en charge à rebours du bon sens par plus de 14 thérapeutes différents, et le psychiatre responsable de la prise en charge conclut : « Evidemment, cette jeune fille était très *psychotique* et incapable de construire de bonnes défenses... »

Enfin, une patiente de 35 ans peut être plongée dans un coma prolongé après l'administration intempestive et massive de médicaments et de réserves et les psychiatres admettent tranquillement qu' « elle présentait une sensibilité anormale aux *neuroleptiques*... »

Finalement, ils font ce qu'ils veulent avec des traitements qu'ils ne maîtrisent pas. Ils sont d'une grande négligence et d'une incroyable complaisance pour leurs échecs thérapeutiques, dussent ceux-ci conduire à la mort de leurs patients.

## TRANQUILLISANTS

Avec les *neuroleptiques* et les *antidépresseurs*, les *tranquillisants* constituent le troisième grand pilier de la *chimiothérapie* en psychiatrie. Il en existe une quantité incroyable sur le marché et leur nombre augmente chaque jour la fortune des entreprises pharmaceutiques qui les ont découverts. Certains gratte-ciel d'une ville des bords du Rhin n'ont-ils pas été construits, de l'avis de leurs occupants, grâce à la vente planétaire de milliards de petites pilules euphorisantes ?

Les plus connus sont tous issus de la même et grande famille des *benzodiazépines*. Ils agissent tous au même niveau. Ils diminuent l'angoisse, d'où leur autre dénomination *d'anxiolytiques*. Ils ne font pas vraiment dormir, mais peuvent rendre un peu somnolents, surtout s'ils sont associés à l'alcool. Ils sont, en général, mieux suppor-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tés que les *antidépresseurs* et les *neuroleptiques*, et n'entraînent ni sécheresse de la bouche, ni troubles de la vue, de la miction ou de la puissance sexuelle.

Les psychiatres en prescrivent au kilo !... et les patients avalent ces petites pilules pour mieux tenir le coup dans une société sécrétant l'angoisse de partout...

La publicité tapageuse qui leur est faite est une véritable imposture. Elle incite tous ceux qui sont tendus, fatigués, mal dans leur peau, toutes les mères de famille qui en ont assez du ménage et de la vaisselle, à chercher un brin d'espoir et un peu de secours dans des pilules miracles. Leur consommation, grossièrement abusive, peut entraîner une dépendance et une accoutumance. Les psychiatres connaissent un certain nombre de toxicomanies aux tranquillisants.

Enfin, les *anxiolytiques* de la famille des *benzodiazépines* peuvent être utilisés pour couper une crise *d'épilepsie* et l'un d'eux, le *Chlodiazépoxyde*, pour traiter le *délire* aigu des alcooliques (*delirium tremens*).

Le meilleur des *tranquillisants* et des *anxiolytiques* reste l'alcool. Chacun le sait, tous les jours et sur toute la planète. Mais ceux qui se préoccupent de santé savent que l'alcool est — de loin — *le toxique* qui fait le plus de dégâts et dont la consommation abusive coûte le plus cher à la collectivité.

## TRANSFERT

En psychiatrie, il y a *transfert* et *transfert* ! Vous me suivez ! D'abord, il y a le *transfert du psychanalyste*. C'est un mot technique qui désigne, en gros, ce que vous éprouvez, couché (e) sur le divan pour la personne qui est assise derrière vous. Si vous le détestez (*transfert négatif*), c'est que vous n'aimiez pas votre papa ; si vous le trouvez sympathique (*transfert positif*) c'est que, petite fille, vous étiez amoureuse de papa ! De toute façon, ce que vous éprouvez à l'égard du psychanalyste n'est pas ce que vous éprouvez à l'égard du psychanalyste ! Tout simplement, vous revivez la relation qui vous liait jadis à vos parents. Dans une *cure analytique*, le transfert représente ainsi un drôle de petit jeu qui permet aux psychanalystes de toujours bien

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

s'en tirer : si vous le détestez, ça ne le touche guère, c'est contre votre papa que vous avez la rogne ; si vous le trouvez sympa, alors tout va bien, vous êtes amoureuse de lui ! Ça lui fait plaisir !

L'autre *transfert*, dont il faut s'entretenir avec sérieux, est beaucoup plus grave. A l'*asile*, c'est le passage d'un pavillon dans un autre. D'un pavillon (ou service) fermé à un service ouvert, c'est bon signe, vous quitterez bientôt définitivement l'hôpital. Dans l'autre sens, c'est toujours une *punition*. Il fait habituellement suite à une crise, un échange de coups, une rentrée tardive, un retour de congé en état d'ébriété ou la découverte d'une bouteille de vin dans votre chambre, etc. Bref, si l'équipe soignante se met à parler de transfert, c'est une menace. Il faut pour l'éviter se tenir tranquille.

Le *transfert punition* a souvent lieu dans l'obscurité, les situations de crise survenant la nuit lorsque la veilleuse a peur. Il se fait à pied ou en voiture. Si vous vous laissez faire, ça se passera en douce, mais vous vous retrouverez en pavillon fermé où le régime est toujours plus strict et sévère. Il faudra attendre quelques jours avant de pouvoir réintégrer votre pavillon. Si vous vous opposez au transfert et qu'il y ait bagarre, sachez que le personnel (deux infirmiers costauds vous prendront par le bras) sera toujours le plus fort. Au contraire, si vous parvenez à discuter avec le personnel et avec la veilleuse, un transfert, même nocturne, peut être évité. Cela en vaut la peine, car ce n'est pas gai de se retrouver dans un pavillon que vous veniez de quitter avec soulagement.

A l'*asile*, le transfert est une punition qui sanctionne, presque systématiquement, un coup, même léger, qu'un malade oserait porter à un membre du personnel. Comme l'un deux, qui avait passé plus de 15 ans à l'*asile*, et était venu réclamer un peu d'argent de poche à l'infirmier. Irrité ce jour-là, l'infirmier le pria un peu brutalement de quitter le bureau. Le malade se fâcha et lui donna un coup de pied. Avant même qu'on puisse comprendre ce qui était arrivé, le médecin responsable du service fermé, toujours aux aguets, avait appris l'événement, annonçait qu'un lit était réservé pour le patient, « en crise » et qu'il l'attendait !

## TUTELLE

La tutelle est une mesure juridique. En psychiatrie, elle cherche à *protéger les personnes atteintes de maladie mentale* qui seraient dans l'impossibilité de défendre leurs intérêts et auraient besoin d'une assistance continue dans les actes de la vie courante.

Elle peut être demandée par la personne elle-même, sa famille ou le juge. Il faut pour cela l'avis d'un psychiatre qui doit produire une *expertise*. Le médecin traitant ne peut pas fonctionner comme expert. Le tuteur est choisi par le juge. **Une personne majeure sous tutelle se trouve dans la même situation qu'une personne mineure.** Elle ne peut donc jamais agir personnellement, elle perd son droit de vote et ses droits civiques, elle ne peut ni conclure un bail, ni signer un contrat de travail, ni dépenser son argent comme elle l'entend, ni se marier sans l'accord de son tuteur.

De principe, la *tutelle* cesse lorsque les causes qui l'ont déterminée — en l'occurrence la maladie mentale — n'existent plus. Une seconde expertise psychiatrique est nécessaire pour en attester.

En pratique, aucun psychiatre n'a le culot de contredire un collègue dans une expertise, et les tutelles ne sont jamais levées. Une fois sous tutelle, on y reste toute sa vie !

Les psychiatres qui estiment que cette mesure est légère et sans conséquence, qu'elle n'est qu'une simple formalité contribuant à la protection du malade, se trompent grossièrement. Plus souvent la tutelle est une contrainte et une servitude. **Elle prive l'individu de sa dignité de personne adulte, en le transformant, à vie, en un être irresponsable et dépendant.**

Les psychiatres, qu'aucune contradiction ne rebute, favorisent la mise sous *tutelle* de leurs malades et s'activent alors à guérir leur manque d'autonomie, leur apathie, leur irresponsabilité, leur manque d'initiative. Ils appellent tout cela « *psychose* » et songent que cette maladie est vraiment très chronique et très rebelle au traitement.

Ils n'aiment pas regarder les choses en face et se de-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

mander, lucidement, s'ils ne contribuent pas à la « *psychose* » de leurs malades.

### URGENCE

En psychiatrie, comme en médecine, les vraies *urgences* sont extrêmement rares. Par contre, il y a beaucoup de gens pressés !

Le travailleur psychiatrique appelé en toute hâte sur les lieux d'une « urgence », en pleine crise et à l'instant où la violence menace, ferait bien de se souvenir de l'excellent conseil de Talleyrand : « Il est urgent de ne rien faire ! ». Ce qui ne veut évidemment pas dire qu'il ne faut pas se déranger. L'un des problèmes des psychiatres est qu'ils ne supportent pas d'être moins puissants que les médecins et chirurgiens. Alors, ils veulent « faire et agir ». Pourtant, il serait si important de ne rien décider avant d'avoir exactement saisi ce qui se passe et d'être là, le temps qu'il faut et avec le courage requis, pour tout comprendre.

Le psychiatre de garde, qui fonctionne dans une communauté urbaine ou rurale pour en assurer les urgences, est neuf fois sur dix trop actif. Il décide, tranche, hospitalise. En matière d'urgence, l'internement reste son unique arme. **Aucun médicament ne peut résoudre hic et mine une situation de crise**, comme la **digitale** le ferait d'une congestion pulmonaire. Sachant ce que représente et ce qu'enclenche un internement, le psychiatre ferait mieux d'être prudent et de maîtriser son désir d'action.

L'urgence psychiatrique, c'est, en pleine nuit, une famille en crise, un immeuble sens dessus dessous, un commissariat de police en effervescence, un bistrot en pleine bagarre. **C'est autant l'urgence du fou que celle de son entourage.** « Depuis le temps que ça dure, on en a ras le bol », disent les proches. Lorsque le psychiatre arrive, la décision d'exclusion a déjà été prise. On lui demande de l'entériner par l'établissement d'un *certificat d'internement*. Peu de psychiatres résistent.

Les vraies urgences psychiatriques sont médicales : une tentative de suicide grave (coma, plaie par balle ou objet tranchant, etc.), un état confusionnel ou délirant aigu d'origine organique, ou alors une violence incontrôlable avec

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

danger pour autrui et menace de crime. Dans les deux premiers cas, la personne est adressée à l'hôpital général, dans le troisième, c'est une affaire qui concerne la police.

### VEILLEUR (SE) DE NUIT

Les difficultés surgissent souvent la nuit à l'hôpital psychiatrique. C'est alors que surviennent les situations de *crise*, les *urgences*, les actes de *violence*, les *transferts* ou toute autre *punition*. Pourquoi ? La nuit réactive sans doute, nos angoisses et l'obscurité, notre fragilité. De plus l'organisation de l'hôpital « appelle » les difficultés nocturnes. La journée, les pavillons sont pleins de soignants, un ou presque par malade. A 21 heures, plus tôt ou plus tard selon les hôpitaux, tout ce joyeux personnel rentre à la maison. Il est vrai qu'on s'arrange pour qu'ils dorment (un patient sans *somnifère* est une rareté !), mais les patients, ces rebelles, ne l'entendent pas toujours de cette oreille ! Comme ils ont dormi et se sont ennuyés une bonne partie de la journée, la nuit venue ils ont besoin de mouvement, de contact, de dialogue. Une seule personne ne peut évidemment assumer tout cela. D'autant plus qu'elle a quitté le service de jour justement pour se distancer des malades, dont elle avait « assez »...

Il n'est dès lors pas rare que se défasse la nuit tout un travail et un effort patiemment tissés la journée. Au matin, l'équipe reprend son travail et apprend les événements de la nuit : telle personne a reçu ses deux *réserves*, une autre a fait une *fugue*, une troisième a dû être *transférée* ou s'en est allée à domicile, etc.

A l'hôpital psychiatrique, cette discordance (symptôme de *schizophrénie*) nuit-jour est néfaste pour les soignants dont les traitements perdent de leur efficacité, et pour les malades qui n'ont personne à qui parler la nuit.

**Dans un pavillon organisé sur le mode de la communauté thérapeutique, les patients poursuivent ensemble le travail, les contacts et les échanges entrepris durant la journée. Ils retrouvent la liberté et la capacité de se soigner entre eux.**

VETEMENTS

La plupart des hôpitaux psychiatriques ont maintenant abandonné le port d'habits uniformes par les patients. Vous pourrez donc conserver vos vêtements personnels au cours du séjour. Toutefois, le personnel soignant a parfois recours à de bons vieux trucs pour vous calmer, vous contraindre de rester en chambre ou vous ôter l'envie de faire une fugue. L'un d'entre eux est la mise sous clé de vos vêtements, le port de la chemise de nuit et de la robe de chambre et la délicate confiscation des lacets de chaussures ou directement des chaussures. Tant il est vrai qu'il est aussi difficile de quitter un hôpital psychiatrique, ou une prison qu'un magasin de chaussures pieds nus !

La *camisole* dite *de force* n'est plus utilisée du moins sous nos latitudes. Elle est reléguée au musée des horreurs inventées par les psychiatres du siècle passé pour « guérir » leurs malades. (Voir à ce sujet le terrible et poignant « Petit inventaire des moyens thérapeutiques et de coercition physique imaginée est mis en œuvre par les aliénistes du xix<sup>e</sup> siècle comme marque de la prise du pouvoir absolu sur le corps des malades. »<sup>188</sup>)

Quant aux soignants, ils n'ont pas encore abandonné le port de l'uniforme et ne sont pas près de le faire. Ils se promènent à l'hôpital, en vêtements blancs pour se convaincre qu'ils pratiquent, encore et tous les jours la médecine.

Dans certains hôpitaux, il s'inscrit dans les vêtements du personnel une subtile hiérarchie : les médecins sont « blanchis » de la tête aux pieds, les infirmières et infirmiers de la tête à la taille, les stagiaires et les étudiants ne le sont pas du tout.

En médecine, le port du blanc sert à maintenir une propreté maximale et l'asepsie des soins. **En psychiatrie, où les microbes de la folie restent à isoler, les vêtements blancs ne servent qu'à convaincre le personnel de sa différence et à souligner son pouvoir sur les malades.**

Certains membres du personnel soignant commencent, avec courage, à abandonner le port de la blouse blanche, mais ils sont mal vus de la direction.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

### VIOLENCE

La psychiatrie est pleine de violence et de danger, partout est toujours, mais spécialement à l'asile. A ce propos, les psychiatres ont une réponse toute faite « C'est la *folie* qui est pleine de *violence*. Il n'est dès lors pas étonnant qu'on la retrouve en psychiatrie. »

Ce sophisme est dangereux, parce qu'il engendre le cercle vicieux de la violence de la *folie* qui entraîne la *violence* de la psychiatrie qui provoque *la violence de la folie*... Au centre se trouve la *peur*, qui en est prisonnière. Cette roue qui tourne sans cesse en fait tourner bien d'autres, celle *des coups*, des *punitions*, de *l'enfermement*, de *l'isolement* et autres traitements... Finalement, ce cercle vicieux est le moteur même de **l'asile**, « **institution de violence** » comme l'a montré Basaglia.<sup>192</sup>

Qui rompra ce cercle, sinon les psychiatres ? Et le feraient-ils, s'ils cédaient, par cette rupture, une partie de leur pouvoir et de leur autorité, donc un peu de leur puissance ? « **La puissance, c'est le pouvoir que l'on prend sur les autres, et la liberté, le pouvoir que l'on prend sur soi-même.** »<sup>193</sup>

Pour que les psychiatres abandonnent une partie de leur pouvoir, il faudrait, comme le souligne Bonnafé, « qu'ils modifient leur rapport au Pouvoir et se mettent en position de neutralité avec son représentant, la grande administration. »<sup>194</sup> Or, dans toute l'organisation française (mais n'en va-t-il pas de même en Suisse ?) le médecin n'est rien. « Seule a le pouvoir l'administration, et quelle administration ? l'administration de l'hôpital ! » (Daumézon, 1974)<sup>195</sup>

### VISITES

Chaque hôpital à ses heures de visites mentionnées dans son règlement. Le personnel vous les communiquera. En *pavillon ouvert*, les visites sont libres et non contrôlées. Vous pouvez donc recevoir qui vous voulez, dans votre chambre, ou à la cantine, ou n'importe où sur le domaine. Si vous prévenez le personnel, vous pouvez aussi sortir en ville avec vos visites (restaurant, cinéma, etc.).



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Il en va différemment dans les *pavillons fermés*. Là, les visites sont contrôlées. Il y a toujours quelqu'un — et surtout le médecin — pour décider s'il s'agit de bonnes ou de mauvaises visites. Cette décision est évidemment très subjective. Récemment, un médecin a décidé que les amies d'une patiente dont il s'occupait étaient de mauvaises visites parce qu'elles étaient « d'actives et dangereuses féministes, membre du *MLF*... » Il a donc interdit ces visites-là. Il a même, dans sa lumineuse logique, discuté l'opportunité, pour certains de ses confrères, d'avoir des amies au *MLF* !...

Les visites sont strictement filtrées dans les pavillons fermés et leur durée minutée. Si leur suppression ou leur réglementation est une punition habituelle (pour le médecin, il s'agit évidemment d'une *mesure thérapeutique* !), l'inverse peut aussi être vrai. C'est dire qu'on peut vous imposer une visite dont vous n'avez aucune envie. Une patiente, en conflit avec sa mère, la voit un jour arriver dans sa chambre, alors qu'elle avait instamment demandé qu'on lui fiche la paix. Conclusions : pendant la visite, la jeune fille se contient, mais dès le départ de sa mère, elle se fâche, casse un cendrier pour « se faire du bien » et se retrouve en deux temps trois mouvements dans la *cellule d'isolement*. Ça lui apprendra à casser un objet de valeur (!), propriété de l'asile.

CONCLUSION OU L'INVITATION AU VOYAGE AU  
CENTRE DE SOI-MEME

*Mon enfant, ma sœur  
Songe à la douceur  
D'aller là-bas vivre ensemble !  
Aimer à loisir Aimer et  
mourir  
Au pays qui te ressemble !*

Charles BAUDELAIRE

Renoncer au voyage forcé décrit dans ce guide, refuser d'emprunter l'itinéraire obligé des psychiatres, est-ce rester sur place, figé et immobilisé, dans sa souffrance ?

Il existe un autre voyage. Sûrement. Certains l'ont fait. Revenus, ils peuvent en témoigner. Partir, partir... Quitter la famille et la routine, l'atelier et l'usine, laisser l'immeuble et la cité, et s'en aller... Mais où donc ?

Partir pour aller « à la maison » justement, pour rentrer chez soi. La même question se pose pour chacun de nous : Ferais-tu un dur voyage qui pourrait te conduire chez toi « au pays qui te ressemble » ? N'avons-nous pas tous une seule terre à découvrir, notre pays intérieur ? C'est pour cela que nous filons aux quatre coins du globe. C'est avec cette folle espérance de découverte que nous nous risquons parfois au voyage de la psychiatrie. Un beau jour, avec tous nos rêves et nos espoirs, nos cauchemars et nos désespoirs, nous débarquons dans le monde vulgaire des psychiatres et des asiles, qui n'est que la caricature de celui que nous venons de quitter.

## *DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

Atteindre son pays, c'est tout autre chose. Partir chez soi, c'est faire son propre voyage et choisir l'itinéraire unique de sa vie et de sa mort, qui ne peut ressembler à aucun autre, car personne ne saurait en décider pour nous. Le trajet est une folie. C'est même « la » folie. Mais voyager devient thérapeutique. Se rapprocher chaque jour de son pays, c'est atteindre finalement un endroit où l'on est bien avec soi-même.

Les thérapeutes sont des serviteurs. Rien d'autre. Ils marchent à côté ou derrière, mais pas devant. Qu'ils ne se prennent donc pas pour des guides ! Ils ne devraient avoir d'autres buts que d'assister la personne qui les consulte en l'aidant à donner un sens à sa souffrance. Cette signification ne peut être ni révélée, ni divulguée par un guide qui prétend connaître le chemin. Elle est découverte par le soigné, bribe par bribe, pas à pas, au cours du « traitement ». Le thérapeute n'est qu'un serviteur qui accompagne le voyageur. Il découvre avec lui, en retrait, les repères d'un itinéraire qu'il n'a pas choisi. Si son orgueil ne lui permet pas de jouer ce rôle-là, s'il veut faire celui qui précède, conduit et dirige, le voyage n'aboutira pas. Le patient se retrouvera dans le pays du psychiatre (qui n'est souvent que celui de Freud !), et non dans le sien.

Ceux qui entreprennent des thérapies, qui prennent ce risque avec courage n'ont que faire de ces guides folkloriques de monuments historiques, anciens combattants d'une grande guerre, qui courent toujours devant, ânonnent à haute cadence des explications apprises par cœur, et... tendent la main à la sortie avec la petite phrase de rigueur : « N'oubliez pas l'guide, M'sieurs-Dames, n'oubliez pas le psychanalyste, gardien du Musée Sigmund Freud et du Tombeau de Narcisse... ! » et chacun d'y aller d'une petite pièce ou d'un bouton de culotte !... Ces guides-là infestent la psychiatrie ; ils feraient mieux de changer de métier. Il y a, paraît-il, en France et en Navarre, beaucoup de vieux monuments livrés à eux-mêmes et au regard niais des visiteurs. Il y a de l'argent à gagner sur d'autres belles ruines...

Qui ne marche pas devant, peut bien marcher derrière. Et il y en a qui freinent derrière ! Certains thérapeutes veulent bien vous accompagner, mais gare, si ça se corse ! Si ça devient un peu inquiétant, ils prennent peur, vous re-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

tiennent par la manche : « Rentrons, qu'ils disent, ce voyage est trop pénible. Asseyons-nous, reposons-nous, vous êtes fatigué, ce trajet est trop dur pour vous... »

Ils n'osent pas dire qu'ils redoutent votre culot, et craignent de ne pouvoir vous suivre. Ces mauvais compagnons de voyage, il vaut mieux les laisser sur place. Le trajet les inquiète. La *folie* leur fait peur. *La leur*, pas la vôtre. La psychiatrie est envahie par ces timorés. *Ils empêchent la folie d'aboutir*. Ils la bloquent tout net, d'une injection bien ajustée dans la fesse gauche ou d'une petite décharge *d'électrochoc*. Ces bons papas savent ce qui est bon pour vous. Ils décident que, dans votre cas, la *folie* c'est trop dangereux. Ils disent que la bouffée délirante et la *schizophrénie* sont des choses épouvantables qu'il faut « casser » et bloquer au plus vite. Ce qu'ils n'osent pas dire, ces compagnons-là, ces faux frères, c'est qu'ils crèvent de peur et qu'ils vous cognent au sol pour ne pas avoir à vous suivre plus avant. Les psychiatres qui masquent leurs terreurs derrière le spectre de la *folie* devraient quitter le métier. Il est pour eux trop éprouvant.

A sa place de serviteur, le thérapeute deviendra peu à peu le confident discret et effacé du voyageur.

Engagé pour porter assistance, il ne « fait » pas de *psychothérapie*. Au contraire, il s'arrange pour que *vous* la fassiez et que ce trajet, le vôtre, se déroule le mieux possible. Qu'il aboutisse, en tout cas. Le but du voyage n'est jamais atteint, mais lorsque apparaissent au loin les frontières de votre pays, le thérapeute se retirera et vous poursuivrez le chemin, seul.

H n'y a pas de thérapie en psychiatrie sans une interaction profonde entre deux personnes, soignant et soigné, qui ont convenu de ce traitement. Interaction veut bien dire action de l'un sur l'autre, et réciproquement. Envisager d'être utile à quelqu'un, c'est aussi accepter qu'il puisse vous aider, à son tour. Songez, le *fou* pourrait bien guérir son docteur ! Cette réciprocité permet de porter assistance sans humilier. D'ailleurs, le *fou*, qui n'est pas bête, devine, avant même que le thérapeute ne s'asseye derrière son bureau et ne se cache derrière sa phraséologie, s'il pourra être un vrai compagnon de voyage, c'est-à-dire une personne qui ne prétend pas savoir, du haut de sa sollicitude et de son pa-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

ternalisme, ce dont l'autre a besoin, mais qui est prête à l'écouter pour le découvrir avec lui. Alors écoutons ! « Face à la personne en souffrance, envahie par la tristesse et d'énormes problèmes, l'expérience personnelle des thérapeutes semble bien plus importante que leurs compétences techniques. »<sup>196</sup>

Ainsi parlent les psychiatrisés hollandais, le Clientenbond. Cette association, dont les membres ont tous une expérience de la *folie* et de la psychiatrie, sait ce qu'elle dit. Bettelheim également : « Il est beaucoup plus important pour un thérapeute d'utiliser à des fins thérapeutiques ses propres expériences de vie que sa formation professionnelle. »<sup>197</sup>

Cette thérapie, sera-t-elle l'illusoire « guérison » d'un malade par un médecin spécialiste de la *folie*, rompu à de nombreuses techniques sophistiquées, ou sera-t-elle « une tentative acharnée, de deux personnes pour retrouver la totalité de l'être humain à travers leur relation réciproque »<sup>198</sup>

Peut-on encore biaiser plus longtemps ?

Dans la relation thérapeutique, entre le soignant et le soigné, ne se passe-t-il pas quelque chose proche de l'amour ? Le thérapeute qui n'est finalement pas prêt à aimer son patient ne ferait-il pas mieux de s'abstenir ?

Sourires, protestations, scandales et ironies n'y font rien. Chacun donnera (ou prêtera, selon sa générosité !) au mot amour le sens qu'il veut. Mais dans la thérapie, comme dans la vie, l'amour sous-tend au moins la *participation active* de deux personnes, un *authentique dialogue* et le *respect total* et absolu de l'autonomie et de l'indépendance de l'autre.

La relation thérapeutique n'est rien d'autre qu'une relation d'amour. Elle exige l'acceptation de l'autre, qui est le contraire de son exclusion, et le renforcement de son autonomie, le contraire de la dépendance. Elle est fondée sur la tolérance valeur centrale de la psychiatrie.

Jusqu'à maintenant, l'appareil psychiatrique officiel, avec ses asiles et son secteur, son étiquetage diagnostique et ses mesures thérapeutiques, n'a pu que renforcer, partout sans cesse et à tous les niveaux, l'exclusion du *fou* et sa situation de dépendance de l'institution. Les psychiatres disent : « Mais vous n'y comprenez rien, exclusion et dépendance sont le propre même de la *folie*. » C'est à voir et à prouver ; mais pour ce qui est de l'appareil psychiatrique que vous lui opposez, il secrète de partout les deux concepts, qui

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

n'ont rien de contradictoire, d'exclusion et de dépendance. Parents et patrons, grands chefs et petits mâles le savent bien. Leurs enfants et leurs ouvriers, leurs femmes et leurs subordonnés peuvent affirmer qu'ils sont pieds et poings liés, étroitement dépendants, de gens qui se croient autorisés à les exclure, parce qu'ils seraient supérieurs ?

Que faire dans cette optique thérapeutique, des techniques psychiatriques ?

Les psychothérapies classiques, les thérapies du comportement, la psychanalyse, les thérapies de groupe, les approches corporelles, l'ergothérapie, etc., sont des techniques psychiatriques. Sont-elles bonnes ou mauvaises ? Elles ne sont en fait que méthodes et procédés, qui, en soi, ne peuvent être ni bons ni mauvais. Leur valeur dépend de bien autre chose, qui les transcende. Comme la main qui se saisit de l'outil peut en faire un instrument de libération ou un instrument d'oppression.

Les psychiatres se plaisent à parler de techniques. Ils aiment à les discuter et à les enseigner. Ainsi n'ont-ils pas à parler de l'essentiel, d'eux-mêmes, qui s'emparent de ces outils pour en faire de bien curieux instruments de libération. Aucun précis de psychiatrie, aucun cours, aucun enseignement, n'aborde le problème fondamental. Quel est-il ? Qu'il s'appelle idéologie du thérapeute, rapport du thérapeute au pouvoir qu'il détient, ou mise en question de sa propre *folie*, appelez cela comme vous voulez, mais ce problème de fond, cette « chose » qui transcende les techniques, décidera de l'issue du voyage et du résultat de la thérapie.

Voilà pourquoi les *fous* décidément loin d'être imbéciles, se fichent des techniques pour aller vers les thérapeutes qui leur conviennent. Et leur conviennent d'abord des gens qui vont **les prendre au sérieux, croire ce qu'ils disent, les respecter intégralement et refuser d'user d'un quelconque pouvoir sur eux. Voilà aussi pourquoi les médecins ont perdu depuis longtemps le privilège d'être les seuls psychothérapeutes.**

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Et voilà enfin pourquoi l'équipe reprend toute sa signification thérapeutique. De son point de vue, au moment où elle se constitue, elle peut porter un autre regard sur elle-même et sur la *jolie*. Sur elle-même d'abord. En écartant les discussions oiseuses sur les techniques, l'équipe cherche à mieux définir ce qu'est cette « chose » qui les transcende. Elle s'attache à définir son identité d'équipe thérapeutique, son idéologie, son rapport au pouvoir, ses contradictions, tout ce qu'un thérapeute ne peut faire en solitaire, dans le calme de son bureau, entre deux clients... S'attacher, c'est littéralement tisser toute une série de liens entre les membres d'une même équipe.

Sur la *folie* ensuite. Puisque chacun a une approche personnelle de la *folie*, selon la spécificité de sa formation (service social, soins infirmiers, ergothérapie, psychologie, médecine...) et que le médecin n'en est plus le centre, l'équipe peut opérer une synthèse, qu'aucun thérapeute individuel ne saurait faire. Elle peut aussi faire varier, sans cesse, l'éclairage qu'elle porte sur la *folie*. D'un point de vue à l'autre, elle cherche, avec le patient, celui qui donne à sa souffrance la signification la plus juste. Aujourd'hui, par exemple, la *folie* peut être regardée du point de vue des relations interpersonnelles et des communications à l'intérieur des groupes restreints (couple, famille, immeuble, usine, quartier...). Cela ne signifie pas que l'origine de la *folie* est attribuée à l'altération de ses communications, mais que de ce point d'observation et sous cet éclairage (relationnel et socio-politique), la souffrance des hommes et des femmes devient si limpide qu'elle peut de là, et pour l'instant, être mieux maîtrisée, comprise et finalement atténuée.

Discuter point de vue et éclairage, c'est raisonner dans l'ici et maintenant, en termes d'efficacité thérapeutique. Si la recherche fondamentale progressait, il n'est pas exclu que les points de vue médical-organique ou psychologique-individuel ne reprennent des positions privilégiées. Mais pour l'instant, comme en témoignent quotidiennement les patients, ni l'organique, ni le psychologique ne peuvent diminuer leurs peines et augmenter leur respect d'eux-mêmes.

Comme le thérapeute individuel, serviteur de son patient,

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

l'équipe soignante est ancrée sur un territoire géographique bien défini pour se mettre au service de la population du quartier ou du village. Aucun bureau directeur, aucun collègue de direction, aucune administration centrale ne saurait dicter à la communauté ses critères de santé mentale, ses directives pour la favoriser et ses vrais besoins. La population de ce territoire et chacun des groupes qui la composent, déterminent ce qu'ils cherchent et ce qu'ils veulent en matière de santé mentale. L'équipe est là pour les accompagner dans cette recherche et dans la réalisation de leurs désirs, et non pour les précéder. Dans cette relation entre l'équipe psychiatrique et la communauté, il ne peut rentrer ni pression, ni contrainte, ni force, ni enfermement. Il n'y a pas d'administration ni de bureaucratie de la *folie*. Les Ministres de la Santé, qui se prennent pour le Roi-Soleil, et déclarent que « prévenir la maladie mentale et guérir un malade revient à maintenir dans le circuit économique une force de travail... »<sup>199</sup> s'inspirent sans doute de l'Édit Royal du 27 avril 1656, qui créait l'Hospice Général et rendait l'internement des aliénés légal pour « empêcher la mendicité et l'oisiveté comme la source de tous les désordres »<sup>200</sup>. Ces ministres n'en ont pas moins trois siècles de retard...

C'est à la petite communauté de redéfinir ses critères de bonheur et d'équilibre (Freud disait : la capacité d'aimer et la capacité de travailler...). A elle d'utiliser les services d'une équipe pour passer de la définition à la réalisation. Le patient qui consulte un psychothérapeute devrait également pouvoir dire : « Voilà où j'en suis, voici où je voudrais en venir, voulez-vous m'y aider ? » L'équipe de quartier recherche finalement la même chose que toute thérapeutique individuelle : se rendre inutile et superflue, se retirer dès que la communauté peut résoudre seule les problèmes pour lesquels elle a demandé de l'aide. L'équipe souhaite que le quartier n'ait plus besoin d'elle. La souffrance ne disparaîtra pas pour autant. Le printemps du monde ne pointe pas encore dans notre hiver, blême et glacial. Mais chacun dans sa nuit, chaque communauté et chaque quartier sauront que leurs problèmes font partie de la vie, qu'ils ont un sens et qu'ils ne sont pas insolubles.



*DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

La signification et la résolution de la *folie* sont à l'intérieur même de notre souffrance et de notre peur.

« La plus grande des peurs, n'est-elle pas, comme l'écrit Cooper, celle d'aimer et d'être aimé ? »<sup>201</sup>

**Par-delà la souffrance et la peur, il est un voyage, qui peut te conduire de la folie à l'amour. C'est un voyage qui mène au centre de toi-même, « au pays qui te ressemble ». — Il y a de la douceur à rentrer chez soi.**

## NOTES

1. A Genève, pour 10 malades hospitalisés en milieu psychiatrique, 6 s'y rendent contre leur gré (*Annuaire statistique genevois*, 1975).
2. *La Suisse*, quotidien genevois, 4.12.1977.
3. *Annuaire statistique de la Suisse*, éd. Birkhäuser, Bâle, 1977.
4. Cité par S.T. Hayward, in *Psychotherapy of Schizophrenia*, éd. par D. Rubinstein et Y. O. Alanen. Excerpta medica, Amsterdam, 1972, p. 337.
5. D. L. Rosenhan. « On being sane in insane places ». *Science*, 179, 250, 1973.
6. M. Foucault. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, 1972, p. 193.
7. Pirella et Casagrande. « John Conolly, de la philanthropie à la psychiatrie sociale » in *Qu'est-ce que la psychiatrie ?* Franco Basaglia. PUF, Paris, 1977, p. 173.
8. Gérard Bleandonu. *Dictionnaire de psychiatrie sociale*. Petite bibliothèque Payot, Paris, 1976, p. 31.
9. J. Laplanche et J.B. Pontalis. *Vocabulaire alphabétique de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1973, p. 13.
10. *Ibid.*, p. 14
11. Fritz Perls. *Gestalt therapy verbatim*. Bantam Books, 1969, p. 143.
12. Alexandre Soljénitsyne. *Archipel du Goulag*. Seuil, Paris, 1974.
13. « Faut-il fermer les hôpitaux psychiatriques ? » « *Table ouverte* ». *Télévision Suisse Romande*. 25.9.77.
14. Les lois française (15 avril 1954), genevoise (3 décembre 1971) et vaudoise (12 décembre 1949), n'ont, par

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

exemple, aucune influence ni sur le traitement, ni sur la prévention de l'alcoolisme. Elles ne permettent que de « parquer » les alcooliques loin des regards de la société.

15. L. Stroun-Guttières. « L'anorexie mentale, maladie de l'adolescence ». *Médecine et Hygiène*, 913, 618, 1970.

16. Ibid.

17. Antoine Porot. *Manuel alphabétique de psychiatrie*. PUF, Paris, 1975, p. 53.

18. Bleanonu. *Op. cit.*, p. 41.

19. Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936), République et canton de Genève.

20. Porot. *Op. cit.*, p. 60.

21. Colloque de Rozès sur l'antipsychiatrie. *Evolution psychiatrique XXXVII*, 1972.

22. Ibid.

23. A Genève, l'argent de poche alloué ne dépasse pas 100 francs suisses par mois. Cette somme provient des services sociaux de la ville qui en demanderont le remboursement à la sortie de l'hôpital.

24. 52 % des malades viennent contre leur gré à l'hôpital psychiatrique (*Statistiques genevoises*, 1975).

25. En Suisse, la plupart des *assurances-maladies* prennent entièrement à leur charge les frais d'hospitalisation en 3<sup>e</sup> classe, ou division « commune », qui n'ont rien à voir avec le coût de la journée et s'élèvent, selon les cantons, de 70 à 120 francs suisses par jour. Ce tarif journalier forfaitaire comprend toutes les prestations offertes par l'hôpital psychiatrique. Le patient qui n'aurait ni assurance ni aucune autre aide devrait, par conséquent, payer le forfait de sa poche : au tarif le plus bas, 2 100 francs par mois !

Les tarifs de soins extra-hospitaliers ou ambulatoires varient. A Genève, une consultation dans un centre de santé mentale dépendant de la psychiatrie publique et du secteur coûte 28 francs en moyenne, alors qu'elle revient à 63 francs, pour plus de 30 minutes, et 91 francs, pour plus de 45 minutes, chez un psychiatre privé. Les assurances-maladies remboursent habituellement 90 % du montant de ce traitement (frais médico-pharmaceutiques) et la franchise s'élève à 30 ou 50 francs suisses par cas de maladie.

Les assurances-maladies suisses ne remboursent pas les psychanalyses, la psychologie des profondeurs (de bourses et de portemonnaies... !) n'entrant pas dans le cadre des prestations qu'elles doivent légalement et obligatoirement assumer. Dans les centres de santé mentale dépendant du secteur, les psychothérapies analytiques ne sont remboursées que pour un nombre limité de séances (30 en moyenne).

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Si vous n'avez pas d'assurance, ou si elle refuse de payer ce séjour (pour quelque raison que ce soit), à Genève, le SAM ou Service d'assistance médicale, prendra vos frais à sa charge. Mais le SAM n'a rien de l'oncle du même nom ! C'est un service de contentieux officiel, qui correspond à l'AMG ou assistance médicale gratuite (France). Le SAM n'est ni mécène ni philanthrope. S'il avance les frais de séjour, il fera ce qu'il faut pour les récupérer plus tard, depuis l'enquête minutieuse sur votre fortune et vos revenus, jusqu'aux pressions sur la famille, la commune d'origine, ou le consulat de votre pays (si vous êtes étranger), sans hésiter à poursuivre ses débiteurs en justice.

26. En Suisse, l'*assurance-invalidité* (AI) est une instance qui vient confirmer la perte de gain du malade et lui fournir, en même temps, ou de quoi la récupérer, ou un gain de remplacement ! Les prestations de l'AI sont versées essentiellement sous deux formes : soit la personne est considérée comme réadaptable professionnellement et l'AI paie, après enquête et observation, des stages ou des études de réadaptation (ce qui lui revient très cher, environ 100 000 francs suisses pour 1 à 2 ans de réadaptation), soit la personne n'est pas réadaptable et l'AI verse une rente entière ou partielle sous forme de mensualités régulières, au bout d'une année d'interruption de travail. A Genève, pour être accepté dans un atelier thérapeutique, il faut bénéficier d'une assurance-invalidité qui considère le stage comme une mesure de réadaptation.

27. Porot. *Op. cit.*, p. 595.

28. Dr René Held. cité par J.C1. Lauret et R. Lassierra. *La torture propre*. Grasset, 1975, p. 138.

29. In *La raison du plus fort*. B. de Fréminville. Seuil. Paris, 1977, p. 78.

30. René Tissot « *Thérapeutique médicamenteuse au long cours des psychoses* », in « *Traitement au long cours des états psychotiques* ». Privat. Toulouse, 1974, p. 51.

31. *Ibid.*, p. 50.

32. En Suisse, le taux moyen des suicides qui était assez stable (environ 1 000 par an) s'est élevé brutalement (jusqu'à 1 300-1 400 par an) depuis 1974, à l'apparition du chômage, pourtant modeste par rapport aux pays voisins. En 1974, il y avait 221 chômeurs et 1 309 suicides. En 1975, plus de 10 000 chômeurs et 1 429 suicides. En 1976, plus de 20 000 chômeurs et 1 397 suicides. (*Annuaire statistique de la Suisse*, éd. Birkhäuser, Bâle, 1977.)

33. A Genève, il faut avoir travaillé 150 jours dans l'année pour avoir droit aux allocations de chômage.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

34. Boris Luban-Plozza. « Rapports entre la cigarette et la personnalité », *Cahiers médico-sociaux*. Genève, 21, 76, 1977.
35. Petit inventaire des moyens de thérapeutique et de coercition physique imaginés et mis en œuvre par les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle comme marque de la prise d'un pouvoir absolu sur le corps des malades. Fréminville. *Op. cit.*, p. 63-115.
36. *Psychiatrie et santé mentale*. Débat public. Centre de la Jonction, Genève, 4.11.1977.
37. Porot. *Op. cit.*, p. 310.
38. Henri Ey, P. Bernard et Ch. Brisset. *Manuel de psychiatrie*. Masson et Cie. Paris, 1976.
39. Les hôpitaux de Cadillac et Sarreguemines en France.
40. Prison de Champ-Dollon, Genève.
41. Porot. *Op. cit.*, p. 162.
42. En France, le consentement du curateur est requis pour le mariage.
43. Fréminville. *Op. cit.*, p. 125.
44. Ibid., p. 126.
45. Porot. *Op. cit.*, p. 361.
46. Ibid., p. 160.
47. Ibid.
48. Henri Baruk. *Des hommes comme nous*. Laffont. Paris, 1976, p. 83.
49. Nikos Kasantzaki. *Alexis Zorba*. Pion. 1964.
50. In Fréminville. *Op. cit.*, p. 15.
51. Emile Ajar. *La vie devant soi*. La guilde du livre. Lausanne, 1975.
52. Thomas Szasz. *Le péché second*. Petite bibliothèque Payot. Paris, 1976, p. 141.
53. Porot. *Op. cit.*, p. 189.
54. Bleandonu. *Op. cit.*, p. 270.
55. Porot. *Op. cit.*, p. 219.
56. David Cooper. *The death of the family*. Penguin Books. 1971, p. 59.
57. Szasz. *Op. cit.*, p. 42.
58. Ibid.
59. Michael Barnett. *People not psychiatry*. George Allen & Unwin Ltd. 1973, p. 116.
60. Communication personnelle d'un administrateur d'hôpital psychiatrique.
61. « Droit des malades et progrès thérapeutiques ». *Le Monde*, 28.9.77.
62. Le Conseil de l'Europe condamne la psychiatrie primitive. *Le Monde*, 12.10.1977.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

63. *Le Monde*, 28.9.77, loc. cit.
64. Fréminville. *Op. cit.*, p. 129.
65. Porot. *Op. cit.*, p. 218-220.
66. Cette prestation, reconnue par les assurances-maladies genevoises, est tarifée à 63 francs suisses, anesthésie non comprise.
67. Delmas-Marsalet, in Porot. *Op. cit.*, p. 220.
68. Baruk. *Op. cit.*, p. 241.
69. Martin et Lemieux, in Fréminville. *Op. cit.*, p. 133.
70. En France, le Préfet. A Genève, le Conseil de surveillance psychiatrique, voir note 172. Dans le canton de Vaud, le Conseil de Santé, voir note 172.
71. Pinel. An IX, in Bleandonu. *Op. cit.*, p. 262
72. *Ibid.*, p. 262.
73. La faradisation ou torpillage consiste à faire passer un courant de basse fréquence dans certaines parties du corps d'un sujet souffrant de troubles fonctionnels hystériques.
74. Fréminville. *Op. cit.*, p. 65-115.
75. « Faut-il supprimer les hôpitaux psychiatriques ? » Table ouverte *Télévision suisse romande*. 25.9.1977.
76. Cl. Miéville. « L'expertise psychiatrique en matière pénale ». *Bulletin des médecins suisses* 11, 403-406, 1975.
77. David Cooper. *The death of the family*. Penguin Books, 1971.
78. H.S. Sullivan. « Socio-psychiatrie research ». *American Journal of Psychiatry*. 10, 976-991, 1931.
79. Franca Ongaro-Basaglia. 3<sup>e</sup> *Rencontre du Réseau International-Alternative à la Psychiatrie*. Trieste, 13-18 septembre 1977.
80. André Malraux. *La Condition humaine*. Gallimard. Paris, 1933, p. 257.
81. Loi genevoise sur les personnes atteintes d'affections mentales (14 mars 1936).
82. La fugue est signalée à l'autorité de surveillance (Préfecture en France, Conseil de surveillance psychiatrique à Genève, Conseil de santé dans le canton de Vaud<sup>172</sup>) qui devra intervenir, lors du retour, pour modifier le régime d'entrée volontaire en internement, celui de placement libre et volontaire en placement d'office.
83. Roger Gentis. *Vieillards et séniles*. Ed. du Scarabée. Paris 1970.
84. Bleandonu. *Op. cit.*, p. 270.
85. Cl. Miéville. *Op. cit.*
86. Porot. *Op. cit.*, p. 290.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

87. Baldessarini et Lipinski. « Lithium salts ». *Armais of Internal Medicine* 83, 527-533, 1975.
88. Tissot. *Traitement au long cours des états psychotiques*. Privat. 1974, p. 91.
89. Catherine Dreyfus. *Les groupes de rencontre*. Retz. CEPL. Paris 1975.
90. *Journal de Genève*. Interview. 27.9.77.
91. Cari Rogers. *Les groupes de rencontre*. Dunod. Paris. 1973, p. 11.
92. G. Bennet. « Médical and psychological problems in the 1972 singlehanded transatlantic yacht race ». *Lancet*. Londres, 6.10.1973.
93. S. Kety. « From rationalization to season ». *American Journal of Psychiatry* 131, 957-963, 1974.
94. *Op. cit.*, p. 30.
95. Ch. Bardenat, in Porot. *Op. cit.*, p. 312.
96. F.G. Ladame, « La psychothérapie des homosexuelles ». *Evolution psychiatrique* 38, 767-778, 1973.
97. in Porot. *Op. cit.*, p. 313.
98. *Ibid.*, p. 312.
99. Ladame. *Op. cit.*
100. Porot. *Op. cit.*
101. Bleanonu. *Op. cit.*, p. 129.
102. Porot. *Op. cit.*, p. 237-334.
103. *Ibid.*
104. Ivan Illich. *Nemesis médicale*. Seuil, 1975, p. 39-40.
105. Roger Gentis. *Traité de psychiatrie provisoire*. Maspéro. Paris, 1977.
106. *Ibid.*, p. 65-66.
107. *Ibid.*
108. cf. AERLIP : *Association pour l'étude et la rédaction du livre blanc des institutions psychiatriques*. Ed. COPE-DITH. Paris, 1975.
109. Denis. V. Martin. Institutionalisation. *Lancet*, Londres, 1955, p. 1188.
110. Erving Gofman. *Asylums*. Penguin Books, 1961, p. 11.
111. Bleanonu. *Op. cit.*, p. 149.
112. INTERNEMENT

*La loi française* (30 juin 1838) distingue le placement volontaire (expression impropre qui désigne l'admission demandée par une personne de l'entourage du malade) du placement d'office (ordonné par l'autorité publique), l'un et l'autre pouvant être effectués en urgence. Le *placement volontaire* (art. 8) ne nécessite pas l'accord de l'intéressé. Il est requis par les proches du patient, famille, ami, em-

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

ployeur, ou service social, à l'aide de trois documents distincts : une demande d'admission mentionnant clairement l'identité du demandeur, une pièce certifiant l'identité du malade et un certificat médical d'internement, rédigé par un médecin non attaché à l'établissement, ni parent ni allié du chef de l'établissement ni du demandeur. Il doit être établi moins de 15 jours avant la demande, sur papier timbré, et doit mentionner les particularités de la maladie et la nécessité d'enfermer la personne désignée dans un hôpital psychiatrique. Le placement d'office (art. 18) est ordonné par un arrêté du préfet du département dûment motivé, comprenant des pièces d'identité, un certificat médical rédigé dans les mêmes termes et selon les mêmes modalités que pour le placement volontaire (mais la loi ne l'exige pas !) ainsi qu'un procès-verbal des faits et gestes de l'individu, établissant la réalité des troubles de son comportement social. Le placement d'urgence (art. 19) autorise le commissaire de police à Paris, et le maire, dans les autres communes, à ordonner un internement immédiat en cas de danger imminent attesté par un certificat médical ou, ce qui est plus grave, simplement par la notoriété publique, à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui ratifiera la mesure dans les plus brefs délais. Le malade lui-même, ou toute personne s'intéressant à lui, peut adresser un recours<sup>172</sup> contre un internement jugé arbitraire, au président du tribunal local. Enfin, les familles peuvent réclamer la sortie en cas de placement volontaire. En cas de placement d'office, la sortie ne peut intervenir qu'après un nouvel arrêté du préfet, établi sur la base d'un certificat du médecin de l'établissement.

La loi genevoise (14 mars 1939) distingue *l'internement médical*, qui peut être effectué en urgence ou selon la voie normale, de *l'internement administratif*, ordonné par l'autorité publique compétente.

*L'internement médical d'urgence* (art. 21) est très rapide. Il suffit d'un certificat médical d'un médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève, qui ne soit ni parent ni allié du malade, ni employé de l'établissement où doit avoir lieu l'admission. Le certificat doit clairement mentionner qu'un retard pourrait être préjudiciable au malade ou qu'il présente un danger pour la sécurité d'autrui. Au vu de ce document, le patient est alors immédiatement admis à l'hôpital psychiatrique, qui doit obtenir, dans les 24 heures, l'autorisation du Département de la Santé sur présentation du certificat. Tous les internements à Genève, urgents ou non, se font selon cette modalité. L'internement



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

selon la voie normale n'est jamais utilisé. Il consisterait à obtenir d'abord l'autorisation du Département de la Santé avant de procéder à l'internement. Cette autorisation peut être demandée par les parents, les représentants légaux ou les amis, par une autorité de police ou par le Conseil de surveillance psychiatrique<sup>172</sup>. Cette demande formulée par écrit doit être accompagnée d'un certificat médical soulignant le caractère dangereux du patient, et d'une pièce établissant son identité. Cette modalité d'internement n'est jamais employée. Les psychiatres estiment tous les *internements médicaux* urgents !... N'est-ce pas plutôt que le malade aurait le temps de réaliser ce qui va lui arriver et de faire valoir son droit de recours ? Enfin, *l'internement administratif* peut être ordonné par l'autorité judiciaire. Le recours contre une mesure d'internement doit être adressé au Conseil de surveillance psychiatrique<sup>172</sup> ou au Tribunal administratif en cas d'internement ordonné par le Conseil de surveillance psychiatrique. La sortie est décidée par le médecin de l'hôpital, selon les cas, en accord avec le Conseil de surveillance psychiatrique.

La loi vaudoise (23 mai 1939) distingue, comme la loi française, *l'admission demandée* de *l'admission requise d'office*, l'une et l'autre pouvant être faites en urgence. L'admission peut être demandée (art. 15 et 16) par le malade, par son représentant légal ou par tout autre membre de sa famille. Trois documents sont nécessaires : une demande d'admission écrite et signée, un acte officiel établissant l'état civil, le domicile et l'adresse du malade et un certificat médical. Ce certificat répond aux mêmes exigences que les lois française et genevoise. L'admission peut être *requise d'office* (art. 25) par l'autorité judiciaire, la municipalité du domicile ou de la commune de bourgeoisie, par la direction d'un hôpital (etc.), par le préfet, par le ministère public, par les Départements de l'Intérieur et Justice et Police et par le Conseil d'Etat. L'acte d'état civil et le certificat médical sont nécessaires, sauf en cas d'internement pour observation judiciaire. Enfin, en cas *d'urgence* (art. 21) la direction médicale de l'hôpital psychiatrique peut accorder l'admission immédiate, sans la production des pièces précitées, à charge de les obtenir dans les 24 heures dès l'entrée. Le recours contre une mesure d'internement est à adresser au Conseil de santé<sup>172</sup> (Département de l'Intérieur) ou directement au Conseil d'Etat (art. 34) si le recours est dirigé contre une décision du Conseil de santé.

NB : Pour tous les détails concernant ces lois, se référer à l'ouvrage très complet de Roland Bersier. *Contribution à*

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

*l'étude de la liberté personnelle*. Thèse. Université de Lausanne. Crémines. Imprimerie S. Roos, 1968.

113. Porot. *Op. cit.*, p. 374.

114. *Ibid.*

115. *Ibid.* p. 453.

116. cité par Lauret et Lasierra. *Op. cit.*, p. 228.

117. Porot. *Op. cit.*, p. 525.

118. *Ibid.*, p. 526.

119. *Ibid.*, p. 527.

120. *Ibid.*, p. 528.

121. Lauret et Lasierra. *Op. cit.*, p. 244.

122. Fréminville. *Op. cit.*, p. 9-13.

123. En France, la loi du 30 juin 1838 est toujours en vigueur (139 ans d'existence !). Elle vise avant tout à défendre la société contre la réaction antisociale des aliénés, et se préoccupe en plus d'assurer leur assistance médicale et la protection de leurs biens.

La loi genevoise de 1838 était essentiellement une loi de protection de la société contre la dangerosité du fou. Elle permettait l'entrée de force à l'asile, exigeait l'autorisation judiciaire pour en sortir. Elle a été améliorée par les lois de 1895 et de 1936 qui réglementent actuellement l'entrée volontaire des malades dans les établissements psychiatriques et constituent l'organe de Conseil de surveillance psychiatrique (ou CSP)<sup>172</sup>, qui assiste le gouvernement dans sa tâche de surveillance des malades mentaux et des établissements prévus pour les accueillir. La loi vaudoise du 23 mai 1939, calquée sur la française, différencie *l'admission demandée* de *l'admission requise d'office*. Un seul article de ce texte mérite d'être relevé. Il s'agit de l'article 32 qui autorise, comme au temps du nazisme, la stérilisation des personnes atteintes de maladie ou d'infirmité mentale « pour empêcher la survenance d'enfants, si cette personne est reconnue incurable et si, selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée ». Voir, à ce sujet, le commentaire de Roland Bersier. *Op. cit.*, p. 112

124. Robert Castel. *3<sup>e</sup> Rencontre du Réseau International-Alternative à la psychiatrie*. Trieste. 13-18 sept. 1977.

125. « Le Conseil de l'Europe condamne la psychiatrie punitive ». *Le Monde*, 12.10.1977.

126. Castel. *Loc. cit.*

127. *Ibid.*

128. Szasz. *Op. cit.*, p. 124.

129. Ch. Brisset. « La psychiatrie et l'exclusion du fou ». *Le Monde*, 2.11.1977.

130. Szasz. *Op. cit.*, p. 125.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

131. H.S. Sullivan. « Socio-psychiatrie research ». *American Journal of Psychiatry* 10, 976-991, 1931.
132. G. Daumezon. Préface, in Bleandonu. *Op. cit.*, p. 9.
133. Szasz. *Op. cit.*, p. 139.
134. Roland Jaccard. *L'exil intérieur*. PUF. Paris, 1975.
135. Ey, Bernard et Brisset. *Op. cit.*, p. 415.
136. Porot. *Op. cit.*, p. 460.
137. in Jaccard. *Op. cit.*, p. 82.
138. in Fréminville. *Op. cit.*, p. 106.
139. Szasz. *Op. cit.*, p. 29.
140. W.H. Masters et V.E. Johnson. *Les insuffisances sexuelles masculines*. Laffont. Paris. 1972.
141. Mario Meunier. *La légende des dieux et des héros*. Librairie de France. Paris. 1924.
142. Laplanche et Pontalis. *Op. cit.*, p. 263.
143. Szasz. *Op. cit.*, p. 118.
144. R.D. Adams. in *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Me Graw-Hill. Book Company. New York. 8th éd. 1977.
145. Szasz. *Op. cit.*, p. 117.
146. Fritz Péris. *In and out the garbage pail*. Bantam Books, 1972.
147. J.P. Sartre. *Qu'est-ce que la littérature ?* Idées. Gallimard. Paris, 1948, p. 217.
148. J. Bergerte. *Abrégé de psychologie pathologique*. Masson et Cie. Paris, 1972, p. 126.
149. La clinique psychiatrique universitaire de Bel-Air (Genève) dispose de l'un des budgets les plus élevés de Suisse en matière d'hôpitaux psychiatriques. En 1976, ses charges s'élevaient à près de 60 millions de francs suisses, dont 48 millions payés par les contribuables et moins de 1,5 million réservé à la nourriture. Alors que ses tarifs ont subi la plus forte augmentation de tous les établissements hospitaliers de Suisse — ils ont été multipliés par 5,5 entre 1970 et 1977 — la part du budget réservé à la nourriture a diminué de 1,6 million en 1975 à 1,47 million en 1976 ! (statistiques suisses et genevoises 1977).
150. Lauret et Lasierra. *Op. cit.*, p. 28-29.
151. Szasz. *Op. cit.*, p. 107.
152. Fréminville. *Op. cit.*, p. 152-158.
153. V. Boukovsky. *Une nouvelle maladie mentale en URSS : l'opposition*. Seuil. Paris, 1971.
154. A Genève, une patente de cafetier (!) suffit pour obtenir l'autorisation d'ouvrir une pension psychiatrique. Ces « cafetiers » savent qu'il y a de l'argent à gagner sur les malades, avec un confortable profit à la clé.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

155. Bruno Bettelheim. *Un lieu où renaître*. Laffont. Paris, 1975, p. 43.

156. Porot. *Op. cit.*, p. 498.

157. Laplanche et Pontalis. *Op. cit.*, p. 306.

158. Szasz. *Op. cit.*, p. 30.

159. Laplanche et Pontalis. *Op. cit.*, p. 351.

160. Szasz. *Op. cit.*, p. 118.

161. La chapelle genevoise, par exemple (« une chapelle est une collectivité fermée où la tendance prédominante est de se croire les uns les autres et de conformer aux opinions du maître » Jean Piaget (à propos de la psychanalyse, *Journal de Genève*, 5.2.1977 exigeait de ses visiteurs, pour les accepter, qu'ils présentent « des garanties quant à leur personnalité » !... (*Bulletin des médecins suisses*. n° 44, 26.10.1977).

162. Szasz. *Op. cit.*, p. 118.

163. *Ibid.*, p. 121.

164. H.J. Eysenck, in *Handbook of abnormal psychology*. Pitman & Sons Ltd. Londres, 1973, p. 829-838.

165. Ch. Brisset. « La psychiatrie et l'exclusion du fou ». *Le Monde*, 2.11.1977.

166. Szasz. *Op. cit.*, p. 151.

167. *Glossary of mental disorders and guide to their classification*. Organisation mondiale de la santé. Genève. 1974, p. 19.

168. *Ibid.*

169. RECOURS

*En France*, le contrôle des internements, codifié par la loi du 30 juin 1838, qui est toujours en vigueur, est assuré à un triple niveau : médical (certificats, immédiat et de quinzaine, rédigés par le médecin de l'établissement) administratif (rapport semestriel du médecin chef au préfet, visites de surveillance effectuées par les délégués du ministre, les préfets ou leurs délégués, le maire de la commune de l'établissement) et judiciaire (visites de surveillance des magistrats et au moins tous les 6 mois du procureur de la République chargé de recevoir directement les réclamations des malades, du président du tribunal de grande instance et du juge d'instance du ressort). En cas de contestation de la légitimité de l'internement, le recours (selon l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838) doit être adressé au *président du tribunal local*, selon l'exemple ci-dessous. Comme en Suisse, il peut être déposé par le malade lui-même ou toute autre personne s'intéressant à lui. Le tribunal statue en chambre du conseil et peut ordonner la sortie s'il y a lieu, même contre l'avis du préfet.

DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Nom et Prénom  
Adresse exacte de  
l'établissement psychiatrique  
RECOMMANDEE

Monsieur le Président  
du Tribunal de .....  
..... le .....

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que je fais recours  
contre la décision d'internement psychiatrique qui a  
été prise contre moi.

Depuis le .... (date), je suis interné(e) à l'Hôpital  
psychiatrique de .....

J'estime cette privation de liberté injustifiée, et  
affirme ne présenter de danger ni pour autrui, ni pour  
moi-même. J'estime être capable de gérer mes affaires.

..... (autres motifs éventuels) .....

En conséquence, je conclus à ce qu'il

PLAISE AU TRIBUNAL

*Statuant sur effet suspensif*

Constater, subsidiairement accorder, l'effet suspensif  
au présent recours.

*Au Fond*

Annuler la décision d'internement selon ordonnance  
de Monsieur le Préfet, datée du .....

Ordonner ma mise en liberté immédiate.

Veillez agréer, Monsieur le Président, mes saluta-  
tions distinguées.

---

Envoyer l'original et conserver deux copies.

Selon la *légalisation genevoise* (loi du 14 mars 1936, art. 19)  
tout intéressé (père, mère, fils ou fille, frère ou sœur, amis  
ou connaissance), y compris le malade lui-même, peut recou-  
rir contre une mesure d'internement.

Dans un premier temps, si le malade a été interné par un  
psychiatre de la ville, le recours peut être adressé n'importe  
quand au *Conseil de surveillance psychiatrique*, selon le  
modèle suivant :

*DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

Nom et Prénom  
Clinique psychiatrique de Bel-Air  
1225 Chêne-Bourg / Genève  
RECOMANDEE

CONSEIL  
DE SURVEILLANCE PSYCHIATRIQUE  
Parquet de Monsieur le Procureur Général  
Palais de Justice  
Place du Bourg-de-Four  
1204 GENEVE  
Chêne-Bourg, le .....

Monsieur le Président et Messieurs,  
Je déclare recourir contre la décision d'internement  
psychiatrique qui a été prise contre moi.

Depuis le ..... (date), je suis internée(e) à la  
Clinique psychiatrique de Bel-Air.

J'estime cette privation de liberté injustifiée et affir-  
me ne présenter de danger ni pour autrui, ni pour moi-  
même.

.....(autres motifs éventuels) .....

En conséquence, je vous demande :

- d'ordonner que me soit communiqué immédiate-  
ment le certificat d'internement dirigé contre moi,
- d'annuler la décision d'internement dont je suis  
l'objet,
- d'ordonner ma mise en liberté immédiate.

Je vous demande de prononcer ma mise en liberté  
dans un délai de 48 heures dès réception de la pré-  
sente.

A défaut de décision de votre part de mise en liberté  
dans ce délai, je considérerai que vous avez décidé de  
maintenir mon internement et je recourrai au Tribunal  
administratif.

Je vous demande également de constater, subsidiaire-  
ment d'accorder, l'effet suspensif au présent recours.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président et Mes-  
sieurs, mes salutations distinguées.

---

Envoyer l'original et conserver deux copies.

*Conseil de Surveillance Psychiatrique*

Le *Conseil de Surveillance Psychiatrique* (CPS) est un  
organisme exclusivement genevois qui fonctionne, entre  
autres, comme *instance de recours* en cas d'*internement  
arbitraire*. Créé par la *loi* sur le régime des personnes attein-  
tes d'affections mentales du 25 mai 1895 (art. 12), le CSP

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

est l'organe de contrôle qui exerce médicalement, pour le compte du gouvernement (Conseil d'Etat) et du procureur général, la surveillance générale de ces personnes. Modifié par la loi du 14 mars 1936 (art. 15) le CSP est composé de 7 membres, 4 médecins psychiatres et 3 magistrats qui assurent la validité des décisions en matière juridique et légale. Le procureur général assiste de droit aux séances du conseil, dont les directeurs et les médecins des établissements publics et privés ne peuvent faire partie. Les tâches et attributions du CSP sont résumées dans l'art. 18 de la loi du 14 mars 1936. De façon générale, elles consistent à vérifier que les admissions et les sorties des malades reçus à l'hôpital psychiatrique sont légales et bien fondées ! à examiner les cas des personnes qui lui sont signalées par les autorités, les médecins ou quelqu'un d'autre comme atteintes de trouble mentaux et prendre les mesures nécessaires ; elle consistent à surveiller les établissements publics et privés en les surveillant régulièrement.

Les membres du CSP sont nommés pour 4 ans par le Conseil d'Etat. Les quatre médecins qui en font partie sont obligatoirement des psychiatres privés, installés dans leur cabinet, choisis parmi les plus expérimentés de la ville. A Genève, est expérimenté celui qui a une longue pratique professionnelle, qui est d'un âge avancé et est un serviteur inconditionnel des intérêts du gouvernement en place et de la société !

Les magistrats du CSP sont sûrement aussi « expérimentés » ! Naturellement, la couleur politique des membres du CSP est d'importance au moment de leur nomination.

Le CSP tient un registre de tous les malades hospitalisés, que ce soit en *internement* ou en *entrée volontaire*. Il se réunit au moins une fois par mois en séance plénière pour examiner tous les cas qui lui sont soumis de l'extérieur en vue d'un internement, de l'intérieur de l'hôpital psychiatrique en vue de modifier le régime libre en régime d'internement, ou pour vérifier le bien-fondé d'une hospitalisation.

Un psychiatre du CSP doit alors prendre contact avec l'hôpital psychiatrique dans les plus brefs délais, s'entretenir avec la personne qui a fait recours, s'entourer de tous les renseignements nécessaires et prendre une décision sans tarder. Il est évident qu'avant la visite du médecin du CSP, il faut tâcher de s'opposer à toute « mesure thérapeutique » qui pourrait altérer l'entretien avec lui. A Genève, le CSP s'est récemment « distingué » en favorisant l'hospitalisation abusive de deux personnes, alors que nous n'avons pas connaissance qu'il ait déclaré infondé un seul

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

des 814 internements effectués en 1976. C'est dire que les médecins genevois internent strictement selon la loi, ou que le CSP se repose sur la compétence des médecins psychiatres !...

Après un délai de 48 heures, sans réponse du Conseil de surveillance psychiatrique, ou au plus tard 30 jours après sa décision, un recours doit être adressé au *Tribunal administratif* selon l'exemple suivant :

Nom et Prénom

Clinique psychiatrique de Bel-Air  
1225 Chêne-Bourg / Genève

TRIBUNAL ADMINISTRATIF  
3, rue des Chaudronniers  
1204 GENEVE  
Chêne-Bourg, le.....

Monsieur le Président et Messieurs les Juges,  
J'ai l'honneur de vous informer que je fais recours contre la décision du Conseil de surveillance psychiatrique maintenant l'internement psychiatrique dont je suis l'objet, et refusant ma mise en liberté immédiate.

Depuis le ....., je suis interné(e) à la Clinique psychiatrique de Bel-Air.

Estimant ma privation de liberté injustifiée, j'ai écrit au Conseil de surveillance psychiatrique, selon lettre du ..... dont vous trouverez copie en annexe.

N'ayant pas reçu de réponse dans le délai de 48 heures dès réception de mon premier recours du ..... (date),

ou

Le Conseil de surveillance psychiatrique ayant pris une décision selon la lettre du ..... (date) qu'il m'a adressée,

je constate que mon internement est maintenu et que ma mise en liberté immédiate est refusée.

..... (autres motifs éventuels) .....

En conséquence, je conclus à ce qu'il

*PLAISE AU TRIBUNAL ADMINISTRATIF*

*Statuant sur effet suspensif*

Constater, subsidiairement accorder, l'effet suspensif au présent recours.

*Au Fond*

Annuler la décision du Conseil de surveillance psychiatrique dont est fait recours. Ordonner ma mise en liberté immédiate.



## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Veillez agréer, Monsieur le Président et Messieurs les Juges, mes salutations distinguées.

*Annexes* : copie de ma lettre au Conseil de surveillance psychiatrique et de sa réponse éventuelle.

*Selon la législation vaudoise* (loi du 23 mai 1939, art. 34 et 37) le recours contre une mesure d'internement arbitraire est à adresser au *Conseil de santé* (l'équivalent du Conseil de surveillance psychiatrique) qui est l'organe de surveillance dont dispose le Conseil d'Etat. Il est présidé par le chef du département de l'intérieur, et comprend, en outre, le médecin cantonal, le chef du service de la santé publique, le chef du service vétérinaire cantonal, le procureur général et 9 autres membres pris en dehors de l'administration, dont 3 médecins au moins ainsi qu'un médecin-dentiste et un pharmacien. Le modèle de la lettre au CSP genevois peut être utilisé en prenant soin de modifier l'adresse.

Selon l'art. 37, les malades ont le droit de correspondre directement avec le Conseil de santé et leurs lettres doivent être transmises sans retard par la direction de la clinique. Sept jours, au plus tard, après l'entrée d'un malade à l'hôpital psychiatrique, le Conseil de santé délègue un médecin qui fait une visite au patient nouvellement admis et adresse un rapport à l'autorité de surveillance (art. 39 et 40). Si vous contestez votre hospitalisation, il faut le dire à ce médecin visiteur. Dans un deuxième temps, le recours contre une décision du Conseil de santé doit être adressé directement au Conseil d'Etat.

NB : Pour toutes précisions, se reporter à l'ouvrage très complet de Roland Bersier. *La liberté personnelle*. Thèse. Université de Lausanne. Crémines. Imprimerie S. Roos. 1968.

170. « Le Conseil de l'Europe condamne la psychiatrie punitive ». *Le Monde*, 12.10.77.

171. in Laplanche et Pontalis. *Op. cit.*, p. 266.

172. Communication personnelle d'un (maître) psychanalyste local (!).

173. *Réseau-Alternative à la Psychiatrie. Collectif international*. 10/18. Union générale d'édition. 1977.

174. Selon la loi genevoise, le retour est possible sans autre formalité, et notamment sans autre certificat, durant 30 jours après le départ, en cas de sortie agréée par le médecin, et durant 60 jours après le départ en cas de fugue et d'évasion. Dira-t-on encore que les psychiatres ne punissent pas ?

175. D.L. Rosenhan. « On being sane in insane places ». *Sciences*. 179, 250-258, 1973.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

176. Porot. *Op. cit.*, p. 579.
177. Ey, Benard et Brisset. *Op. cit.*, p. 579.
178. Szasz. *Op. cit.*, p. 14.
179. S.S. Kety. From rationalization to reason. *American Journal of psychiatry*. 131, 957-963, 1974.
180. *Code Pénal Suisse* (art. 321).
181. En Suisse, l'hospitalisation d'un étranger est immédiatement signalée à son consulat ou son ambassade !
182. En France, les modalités de sortie — selon la loi de 1838 — sont différentes selon qu'il s'agit d'un *placement volontaire* ou d'un *placement d'office*. Dans le premier cas, la sortie se fait sur l'initiative du médecin (art. 13) ou à la demande de la famille, même avant la guérison (art. 14). Le préfet et le procureur doivent en être avisés. Dans le second cas, la sortie dépend du préfet, sur la base d'un certificat du médecin (art. 23). La loi française prévoit que le médecin peut s'opposer dans tous les cas à une sortie qu'il juge précoce. Il doit alors faire modifier le statut de malade, de placement volontaire en placement d'office. C'est le préfet qui prend cette décision et, en urgence, le maire de la commune, sur la base d'un certificat du médecin.
- La loi genevoise, par exemple (14 mars 1936), dit que le médecin doit estimer en dernière instance si le malade peut quitter l'établissement (art. 26). S'il pense que oui, il faut un délai de 24 heures pour prévenir l'administration (qui doit vous rendre vos objets personnels) et les services de contrôle à l'extérieur (à Genève, le Conseil de surveillance psychiatrique<sup>172</sup>). De ce fait, il n'est pas facile de quitter l'hôpital un week-end, même avec l'accord du médecin.
183. La réhospitalisation peut avoir lieu à tout moment, en France, au cours de la sortie dite d'essai, que la loi de 1838 n'avait pas prévue, mais qui a fait l'objet d'une circulaire ministérielle (4 février 1957).
184. Szondi in Porot. *Op. cit.*, p. 643.
185. R.D. Laing. « Is schizophrenia a disease ? » *International Journal of social psychiatry*. 10, 184, 1964.
186. Emile Ajar. *La vie devant soi*. La guilde du livre. Lausanne, 1975.
187. « Le Conseil de l'Europe condamne la psychiatrie punitive ». *Le Monde*. 12.10.77.
188. Fréminville. *Op. cit.*, p. 62-115.
189. Franco Basaglia. *L'institution en négation*. Seuil. Paris, 1970.
190. Denis de Rougemont. *L'avenir est notre affaire*. Seuil. Paris. 1977.

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

191. in Bleandonu. *Op. cit.*, p. 182.
192. Ibid.
193. 3<sup>e</sup> Rencontre du Réseau international-Alternative à la la psychiatrie. Trieste. 13-18 sept. 1977.
194. Bruno Bettelheim. *Un lieu où renaître*. Laffont. Paris, 1975, p. 18.
195. R.D. Laing. *The politics of expérience*. Penguin Books. 1973, p. 45.
196. W. Donzé. *Santé publique*. Genève. 1971. p. 1.
197. in M. Foucault. *Histoire de la folie à l'âge classique*. TEL. Gallimard, 1972, p. 75.
198. David Cooper. *Une grammaire à l'usage des vivants*. Seuil. Paris, 1976.

## ADRESSES UTILES

### FRANCE

#### PARIS ET PROVINCE

- Réseau Alternative à la Psychiatrie  
53 bis, rue de la Roquette, 75011 Paris.  
6, rue Auguste-Poullain, Saint-Denis  
(M. Jean-Marie Bellini). Tél. 823.68.10.  
17, rue de la Capsulerie, Bagnolet  
(M. Jean-Loup Poisson). Tél. 858.68.82.
- AERLIP (collectif infirmiers psychiatriques)  
52, rue de Paris, 95570 Moisselles, tél. 991.05.58.
- AERLIP (Association pour l'extension et la radicalisation  
des luttes dans et contre les institutions psychiatriques)  
regroupe des soignants, surtout des infirmiers psychia-  
triques. BP 23 - 95260 Beaumont.
- GIA (Groupe information asile)  
BP 60, 75721 Paris.
- GIA (Groupe Information Asiles) psychiatisés et usagers  
de la psychiatrie en lutte contre le psychiatrie.  
GIA Paris. BP n° 447-04. 75161 Paris-Cedex 04.  
GIA Amiens. 40, rue Dallery, 80000 Amiens.  
GIA Chambéry. HP Bassens. 73011 Chambéry-Cedex.  
GIA Rennes c/o Librairie « Le Monde en marche », 37, rue  
Vasselot, 35100 Rennes.  
GIA Grenoble. 100, galerie de l'Arlequin, 38100 Villeneuve-  
Grenoble.  
GIA Toulouse. 16, rue du Pharaon, 31000 Toulouse.

## *DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

- CEEPP (Collectif d'enquête et d'études sur les pratiques psychiatriques) pour toutes actions en justice et protection juridique. 58, rue Victor-Hugo, 37000 Tours. Tél. 47-20.39.72.
- CENTRE-FEMMES  
Paris : Maison des Femmes - 58, rue Saint-Sabin, 75011 Paris.  
Lyon : Centre des Femmes - 13, rue Puits-Gaillot, 69001 Lyon. Tl. 78-27.36.02  
Toulouse : Maison des Femmes - 19, rue Couteliers, 31000 Toulouse.  
Rouen : Maison des Femmes - rue Beauvoisée, 760000 Rouen.
- MLAC (Mouvement pour la libéralisation de l'avortement et de la contraception)  
Paris : 34, rue Vieille-du-Temple, 75004 Paris. Tél. 278.70.38.  
Grenoble : 36, rue Lesdiguières, 38000 Grenoble.  
Aix-en-Provence : chemin de la Pierre-du-Feu, Le Pey-Blanc. Tél. 20.08.31.
- L'Information des Femmes  
14, rue Saussier-Leroy, 75017 Paris. Tél. 331.81.53.
- Les Répondeuses. Tél. 539.80.30.
- AA (Alcooliques Anonymes)  
Secrétariat national : 65, quai d'Orsay, 75007 Paris. Tél. 705.44.87.
- SOS-Amitiés (écoute téléphonique)  
Paris. 825.70.50 - 857.31.31.
- Syndicat de la Psychiatrie (Psychiatres et psychiatres en formation) 14, rue de Nanteuil. Paris 14.
- Commission des citoyens pour les droits de l'homme  
23, rue Custine, 75018 Paris.  
Président : M. Jean-Marie Gandois.  
Avocat : M<sup>e</sup> Jean Baptiste.

## **SUISSE**

### **GENEVE**

- Réseau-Alternative à la psychiatrie  
3, rue de Zurich. 1201 Genève. Tél. 31.49.28.

## *DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

- Centre d'accueil Liotard  
4, rue Liotard, 1202 Genève. Tél. 45.32.11.
- AA (Alcooliques anonymes)  
Case postale 246, **1211** Genève 12, tél. 33.33.63 (jour et nuit)
- Avocat : M<sup>e</sup> Nils de Dardel  
20, promenade Saint-Antoine, 1204 Genève, tél. 21.36.97
- La Main tendue  
(écoute téléphonique 24 h sur 24) tél. 143 ou 28.28.28.
- MLF (Mouvement de libération de la femme) Centre-Femmes  
5, boul. Saint-Georges, 1211 Genève, tél. 29.22.89 (dès 18 h).
- Solidarité femmes en détresse.  
Case postale 87, 1211 Genève 2, tél. 36.04.44.

### LAUSANNE

- Réseau-Alternative à la psychiatrie  
34, boulevard de la Forêt, Lausanne. Tél. 29.78.97.
- AA (Alcooliques anonymes), tél. 26.40.69.
- La Main tendue  
(écoute téléphonique 24 h sur 24), tél. 32.24.11.
- Femmes battues. Foyer Malley-Prairie  
34, chemin de la Prairie, Lausanne, tél. 25.45.76.

### VALAIS

- Centre-Femmes Martigny  
1, place du Midi. Martigny.

## **BELGIQUE**

### BRUXELLES

- Groupe Information Asile (GIA).  
16, rue Jean-Paquot, Bruxelles. Tél. 649.05.72.  
649.05.72.



## BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie comprend les principaux ouvrages cités dans le texte et dans les notes, en plus de quelques autres qui, traitant du même sujet, peuvent éclairer le lecteur.

Un nombre volontairement restreint de *manuels de psychiatrie* de langue française, classiques, d'usage courant, a été retenu. Ils sont marqués d'un astérisque (\*).

- AERLIP. Rédaction collective sur le rôle et la formation de l'infirmier psychiatrique. COPEDIT. Paris, 1976.
- BAKER MILLER J. Psychoanalysis and women. Penguin Books. London, 1974.
- BARNES M. & BERKE J. Un voyage à travers la folie. Seuil. Paris, 1973.
- BARNETT M. People not psychiatry. George Allen and Unwin Ltd. London, 1973.
- BARTON R. La névrose institutionnelle. Ed. du Scarabée. Paris, 1969.
- BARUK H. Des hommes comme nous. Laffont. Paris, 1976.
- BASAGLIA F. L'institution en négation. Seuil. Paris, 1970.
- BASAGLIA F. Qu'est-ce que la psychiatrie ? PUF. Paris, 1977.
- BASAGLIA F. & BASAGLIA-ONGARO F. La majorité déviante. Union générale d'éditions (10/18). Paris, 1976.
- \* BERGERET J. Abrégé de psychologie pathologique. Masson & C<sup>ie</sup>. Paris, 1972.
- BELOTTI E. G. Du côté des petites filles. Edition des Femmes. Paris, 1976.
- BERSIER R. Contribution à l'étude de la liberté personnelle. Thèse. Université de Lausanne. Crémines, 1968.
- BETTELHEIM B. Un lieu où renaître. Laffont. Paris, 1975.



*DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

- BLEANDONU G. Les communautés thérapeutiques. Edition du Scarabée. Paris, 1790.
- BOUKOVSKY V. Une nouvelle maladie mentale en URSS, l'opposition. Seuil. Paris, 1971.
- CARPENTIER J. & WOLINSKI. Textes libres. L'impense radical. Paris, 1972.
- CASTEL R. Le psychanalisme. Maspero. Paris, 1973.
- CASTEL R. L'ordre psychiatrique. Edition de Minuit. Paris, 1976.
- CHESLER P. Les femmes et la folie. Payot. Paris, 1975.
- COOPER D. Psychiatrie et antipsychiatrie. Seuil. Paris, 1970.
- COOPER D. Mort de la famille. Seuil. Paris, 1971.
- COOPER D. Une grammaire à l'usage des vivants. Seuil. Paris, 1976.
- COOPER D. Le langage de la folie. Seuil. Paris, 1978.
- COOPER D. The dialectics of liberation. Penguin Books. London, 1968.
- BOYERS R. Ronald Laing et l'antipsychiatrie. Payot. Paris, 1973.
- CUAU B. & ZIGANTE D. La politique de la folie. Stock. Paris, 1974.
- DREYFUS C. Les groupes de rencontre. Retz. CEPL. Paris, 1975.
- ESTERSON A. Les Feuilles nouvelles : la dialectique de la folie. Payot. Paris, 1972.
- \* EY H., BERNARD P., BRISSET Ch. Manuel de psychiatrie. Masson & C<sup>ie</sup>. Paris, 1976.
- EYSENCK HJ. Handbook of abnormal psychology. Pitman & Sons Ltd. London, 1973.
- FERRATON S. Ferraton, le fou, l'assassin. Solin, Paris, 1978.
- FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris, 1972.
- FOUDRAINES J. La folie qu'on enferme. Flammarion. Paris, 1975.
- FREMINVILLE B. de. La raison du plus fort. Seuil. Paris, 1977.
- FRISCHER D. Les analysés parlent. Stock. Paris, 1977.
- GENTIS R. Les murs de l'asile. Maspero. Paris, 1970.
- GENTIS R. Guérir la vie. Maspero. Paris, 1971.
- GENTIS R. La psychiatrie doit être faite, dé faite par tous. Maspero. Paris, 1973.
- GENTIS R. Traité de psychiatrie provisoire. Maspero. Paris, 1977.
- GENTIS R. Vieillards et séniles. Edition du Scarabée. Paris, 1970.
- GENTIS R. N'être. Flammarion. Paris, 1977.

*DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

- GREER G. *The female eunuch*. Paladin. London, 1970.
- GOFFMAN E. *Asile*. Ed. de Minuit. Paris, 1968.
- HOF G. *Je ne serai plus psychiatre*. Stock. Paris, 1976.
- ILLICH I. *Némésis médicale*. Seuil. Paris, 1975.
- JACCARD R. *La folie (Que sais-je ?)*. PUF. Paris, 1979.
- JACCARD R. *L'exil intérieur*. PUF. Paris, 1975.
- JERVIS G. *Le mythe de l'antipsychiatrie*. Solin. Paris, 1977.
- JONES M. *Au-delà de la communauté thérapeutique*. SIMEP Editions. Villeurbanne, 1972.
- LAING R.D. *La politique de l'expérience*. Stock. Paris, 1969.
- LAING R.D. *Le moi divisé*. Stock. Paris, 1970.
- LAING R.D. *Le moi et les autres*. Gallimard, Paris, 1971.
- LAING R.D. *Nœuds*. Stock. Paris, 1971.
- LAING R.D. *La politique de la famille*. Stock. Paris, 1972.
- LAING R.D. & ESTERSON A. *La société, la folie et la famille*. Maspero. Paris, 1971.
- LAING R.D. & COOPER D. *Raison et violence*. Payot. Paris, 1976.
- \*LAPLANCHE J. & PONTALIS J.B. *Vocabulaire alphabétique de psychanalyse*. PUF. Paris, 1973.
- LAURET J.C1. & LASIERRA R. *La torture propre*. Grasset. Paris, 1975.
- LUCAS G. *L'abcès*. Edition du Scorpion. Paris, 1961.
- MASTERS W. & JOHNSON V.E. *Les réactions sexuelles*. Laffont. Paris, 1968.
- MASTERS W. & JOHNSON V.E. *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Laffont. Paris, 1971.
- MARTIN D.V. *Aventure en psychiatrie*. Edition du Scarabée. Paris, 1969.
- NEIL A.S. *La liberté, pas l'anarchie*. Payot. Paris, 1977.
- PERLS F. *Gestalt therapy Verbatim*. Bantam Books. New York, 1969.
- PERLS F. *Ma gestalt-thérapie*. Tchou. Paris, 1976.
- \*POROT A. *Manuel alphabétique de psychiatrie*. PUF. Paris, 1975.
- RADICAL THERAPIST. *Collective*. Penguin Books, London, 1974.
- RESEAU-ALTERNATIVE A LA PSYCHIATRIE. *Collectif international*. Union générale d'éditions (10/18). Paris, 1977.
- ROGERS C. *Les groupes de rencontre*. Dunod. Paris, 1973.
- ROUMIEUX A. *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Editions du Champ Libre. Paris, 1974.
- RAPPORT R. *La communauté thérapeutique*. Maspero. Paris, 1974.
- RUBINSTEIN D. & ALANEN Y.O. *Psychotherapy of schizophrenia*. Excerpta Medica. Amsterdam, 1972.

*DICIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE*

- SCHATZMAN M. Soul murder. Penguin Books. London, 1976.  
SECHEHAYE M.A. Journal d'une schizophrène. PUF. Paris, 1950.  
SZASZ T.S. Le mythe de la maladie mentale. Payot. Paris, 1977.  
SZASZ T.S. L'éthique de la psychanalyse. Payot. Paris, 1976.  
SZASZ T.S. Fabriquer la folie. Payot. Paris, 1976.  
SZASZ T.S. Le péché second. Payot. Paris, 1976.  
VANEIGEM R. Traité de savoir-vivre à l'usage des jeunes générations. Gallimard. Paris, 1967.

Page blanche destinée à vos  
NOTES DE VOYAGE



## TABLE DES MATIERES

Introduction .....	9	<i>Cantine</i> .....	60
Lexique .....	35	Castration .....	60
<i>Abandonnique</i> .....	37	Castration chimique	61
Agitation .....	38	Cellule	
Agressivité.....	41	(voir Isolement) .....	165
Agrypnie .....	42	Centre de santé men	
Alcoolisme.....	43	tale .....	62
Ambulance .....	46	Centre psycho-social	
Ambulatoire		(voir Centre de san	
(traitement) .....	46	té mentale) .....	62
Anorexie mentale ..	48	Certificat médical ..	65
Antabus (voir cure		Chimiothérapie ....	67
de disulfiram) —	91	Chômage .....	69
Antidépresseur ....	50	Chronique .....	70
Antipsychiatrie .....	52	Cigarette .....	72
Argent .....	54	Clé .....	73
Asile .....	54	Club .....	74
Assistant social		Coiffeur .....	75
(voir service social)	236	Colloque.....	75
Assurance .....	55	Communauté	
Aumônier .....	57	thérapeutique ....	76
Avocat .....	58	Congé .....	78
<i>Bibliothèque</i> .....	59	Corps .....	79
		Coup .....	80
		Courrier.....	82
		Crime .....	84
		Crise (situation de)	87

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Curatelle .....	89	Hérédité .....	150
Cure		Homosexualité.....	151
de désintoxication	90	Hôpital de jour ....	153
Cure de détente ....	91	Hôpital de nuit ....	155
Cure de disulfiram ..	91	Hôpital général ....	155
Cure d'insuline ....	94	Hystérie.....	158
Cure de sommeil ..	95		
Cyclique .....	97	<i>Iatrogène</i> .....	158
		Infirmier (ière) ....	159
<i>Danger</i> .....	99	Infirmier-chef .....	161
Danse .....	101	Institution .....	162
Délire .....	102	Internement .....	163
Démence .....	103	Inventaire .....	164
Dépression .....	104	Isolement .....	165
Diagnostic .....	105		
Directeur .....	107	<i>Jardin</i> (voir domaine)	109
Domaine .....	109		
Dossier .....	110	<i>Kiosque</i> .....	167
Droits .....	113		
		<i>Lettres</i> .....	167
<i>Electrochoc</i> .....	116	Lithium .....	169
Electro-		Lobotomie .....	171
encéphalogramme ..	120	Loi .....	173
Enfermement .....	122		
Entrée volontaire ..	124	<i>Maladie mentale</i> ....	174
Entretien .....	125	Maniaque .....	177
Equipe .....	126	Massage .....	178
Ergothérapie .....	127	Masturbation .....	179
Esthéticienne .....	128	Médicament .....	181
Etudiant .....	129	Mélancolie	
Evasion .....	130	(voir dépression) ..	104
Expérimentation ____	130	Mort (voir Suicide)..	239
Expertise .....	133		
		<i>Narcissisme</i> .....	183
<i>Famille</i> .....	135	Neuroleptique .....	184
Femme et psychiatrie	136	Névrose .....	187
Feu .....	138	Normal .....	189
Folie, Fou .....	140	Nourriture .....	190
Foyer protégé .....	141	Nuit .....	191
Fugue .....	142		
		<i>Objets personnels</i> ..	192
<i>Gériatrie</i> .....	143	Observation .....	193
Grossesse .....	144	Œdipe (complexe d')	194
Groupe .....	146	Organique .....	195
<i>Hallucination</i> .....	148	<i>Pack</i> .....	190

## DICTIONNAIRE CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Paranoïaque .....	198	Service ouvert (voir Pavillon ouvert) ..	200
Pavillon fermé ....	199	Service social .....	236
Pavillon ouvert ....	200	Sexualité .....	236
Pension .....	201	Sociothérapie .....	238
Perversion.....	202	Sommeil (voir Cure de) ....	95
Placement d'office (voir Internement)	163	Sortie .....	238
Placement libre (voir Entrée volontaire)	124	Stagiaire (voir Etudiant) ____	129
Placement volontaire (voir Internement)	163	Suicide .....	239
Police .....	203	<i>Téléphone</i> .....	241
Présentation .....	205	Test psychologique ..	241
Psychanalyse .....	207	Thérapie brève ____	242
Psychiatre privé ....	210	Thérapie de famille	244
Psychiatriation ....	212	Thérapie de comportement ....	244
Psychiatrisé .....	212	Toxicomane .....	247
Psychologue .....	213	Traitement .....	248
Psychomotricité ....	214	Tranquillisant .....	250
Psychothérapie ....	214	Transfert .....	251
Psychose .....	216	Travail (voir Chômage) ..	69
Punition .....	217	Tutelle .....	253
<i>Rapport infirmier</i> ..	218	<i>Urgence</i> .....	254
Recherche (voir Expérimentation)..	130	<i>Veilleur (se) de nuit</i>	255
Réclamation .....	219	Vêtements .....	256
Recours .....	221	Violence.....	257
Règlement.....	222	Visites .....	257
Relation de neutralité	223		
Relation sexuelle (voir Sexualité) ..	236		
Relaxation .....	225		
Repas (voir Nourriture) ..	190		
Réseau alternative à la Psychiatrie ..	226		
Réserve de médicaments ..	228		
Retour .....	229		
<i>Schizophrénie</i> .....	230	Conclusion .....	259
Secret médical.....	232	Notes .....	267
Secteur .....	234	Modèles de recours	277
Service fermé (voir Pavillon fermé) ..	199	Adresses utiles ____	285
		Bibliographie .....	289





**CHEZ FAVRE ÉDITEUR, QUELQUES TITRES  
EXTRAITS DU CATALOGUE :**

**COLLECTION « EN QUESTION »**

- QUE PENSER DES APPARITIONS DE LA VIERGE, de M. Hallct (270 pages)
- AU CŒUR DU RACISME, de J.-P. Friedman (258 pages)
- LES TRAFIQUANTS DE BÉBÉS À NAITRE, de J. Délaye et C. Jacquinot (160 pages)
- L'ESPRIT DES MŒURS, du D<sup>r</sup> Q. Debray (190 pages)
- L'EFFET DES CHANGEMENTS TECHNOLOGIQUES, de René Berger (236 pages)
- DEMAIN LA DÉCROISSANCE, de Nicholas Georgescu-Roegen (160 pages)
- LA SEXUALITÉ INFANTILE, du professeur P. Debray-Ritzen (134 pages)
- ON PEUT QUITTER LA DROGUE, de Pierre Rey (132 pages)
- L'ENJEU NUCLÉAIRE, de Jean Rossel (126 pages)
- L'AUBE SOLAIRE, de Jean-Claude Courvoisier (144 pages)
- LA RELÈVE ÉNERGÉTIQUE, de J.-C. Rochat et Jean Rossel (204 pages)
- L'ARGENT SECRET ET LES BANQUES SUISSES, de Jean-Marie Laya (128 pages)
- VOTRE CHIEN EST INTELLIGENT, de Frédérique Langenheim (128 pages)
- CHÈRE MÉDECINE, du D<sup>r</sup> P. Rentchnick et G. Kocher (200 pages)
- LE CONSOMMATEUR AVERTI, de Jacques Neirynek (176 pages)

**COLLECTION « TOUS LES CHEMINS  
DE LA MÉDECINE »**

- TOUT SAVOIR SUR LA COCAÏNE, du D<sup>r</sup> P. Stein (104 pages)
- TOUT SAVOIR SUR L'HOMÉOPATHIE, du D<sup>r</sup> Maillé (200 pages)
- TOUT SAVOIR SUR CANCER ET SEXUALITÉ, du D<sup>r</sup> R. Cachelou (env. 168 pages)
- TOUT SAVOIR SUR SON CERVEAU, du D<sup>r</sup> Van Reynynghe de Voxvrie (env. 260 pages)
- TOUT SAVOIR SUR LA VOIX, du D<sup>r</sup> Mary-Louise Dutoit (240 pages)
- VIVRE SANS ASTHME, D<sup>rs</sup> Wasmer et M. Reinhardt (224 pages)
- CE QU'ON VOUS CACHE SUR LE CANCER, du D<sup>r</sup> Philippe Lagarde (364 pages)
- LE CANCER : TOUT CE QU'IL FAUT SAVOIR, du D<sup>r</sup> Philippe Lagarde (488 pages)
- CHÉRI... TU RONFLES, du D<sup>r</sup> J.-M. Pieyre (150 pages)
- VOS VÊTEMENTS ET VOTRE SANTÉ, du D<sup>r</sup> G. Schlogel (240 pages)
- LE TEMPS D'AIMER OU POURQUOI 52 % DES HOMMES SONT-ILS DES ÉJACULATEURS PRÉCOCES, de P. Solignac (144 pages)
- TOUT SAVOIR SUR LES MALADIES SEXUELLE MENT TRANSMISSIBLES, du D<sup>r</sup> H. Saada (304 pages)
- ACUPUNCTURE ET ALIMENTATION, du D<sup>r</sup> Guido Fisch (120 pages)
- APPRENEZ L'ACCOUCHEMENT ACCROUPI, du D<sup>r</sup> Moyses Paciornik (176 pages)
- LA CHIROPRACTIE, CLÉF DE VOTRE SANTÉ, du D<sup>r</sup> P. Huggler (84 pages)

- COMMENT SE SENTIR BIEN DANS SA PEAU, du D<sup>r</sup> J.-J. Jaton (96 pages)
- MAÎTRISEZ VOTRE SANTÉ, du D<sup>r</sup> Charles Terreaux (216 pages)
- LA DOULEUR EST INUTILE, du D<sup>r</sup> Pierre Soum (232 pages)
- L'INFLUENCE DES ASTRES SUR VOTRE SANTE, du D<sup>r</sup> C. Michelot (216 pages)
- MON APPROCHE DU CANCER, du D<sup>r</sup> S. Neukomm (240 pages)

**COLLECTION « VOIES ET CHEMINS »**

- L'ÉNIGME DIEULEVEULT, d'A. Bédard (env. 160 pages)
- LA NOSTALGIE DE LA FOLIE, de B. Bierens de Haan (env. 120 pages)
- LES VOYAGES EXTRAORDINAIRES DE LOUIS MOREAU GOTTSCHALK, de S. Berthier (544 pages)
- MOURIR POUR LA PALESTINE, de F. Kesteman (240 pages)
- LA 4<sup>e</sup> CLASSE, de R. Kesselring (348 pages)
- ROMY SCHNEIDER, PRINCESSE DE L'ÉCRAN, de F. Arnould et F. Gerber (288 pages)
- LE DALI D'AMANDA, d'Amanda Lear (328 pages)
- 250 MILLIONS DE SCOUTS, de Laszlo Nagy (288 pages)
- EXORCISME, UN PRÊTRE PARLE, de l'abbé Schindelholz (164 pages)
- SORAYA, de Henri de Stadelhofen (304 pages)
- LA BANDE A JÉSUS, de Marcel Haedrich (216 pages)
- DIEU A DÉMÉNAGE, de M. Haedrich (152 pages)
- LA MARCHÉ AUX ENFANTS, d'Edmond Kaiser (616 pages)
- LA MÉMOIRE DU CHÈNE, du D<sup>r</sup> Oscar Forel (204 pages)
- CES BÊTES QU'ON TORTURE INUTILEMENT, de Hans Ruesch (376 pages)
- LES SECRETS D'UN GUÉRISSEUR, de A. Besson (240 pages)
- TERRE ET VIOLENCE OU L'ITINÉRAIRE DE MAURICE ZERMATTEN, de Micha Grin (220 pages)
- LES ROUTIERS DU CIEL, de J.-C. Rudaz (168 pages)
- MÈRE MYRIAM, PETITE SŒUR JUIVE DE L'IMMACULÉE, de Mère MyTiam (216 pages)
- A LA CONQUÊTE DE LA CHANCE, de Cyril Chessex (192 pages)

**COLLECTION « DOCUMENTUM »**

- JACQUES BERGIER, LE DERNIER DES MAGI CIENS, de Jean Dumur (96 pages)
- LE CRIME NAZI DE PAYERNE, de Jacques Pilet (200 pages)
- MAMAN-RÉVOLUTION, d'Alex Décotte (152 pages)
- DE L'ESPRIT DE CONQUÊTE, de Benjamin Constant (96 pages)
- MEDIA ET SOCIÉTÉ, de Stelio Molo (144 pages)
- DICTIONNAIRE CRITIQUE DE PSYCHIATRIE, de B. Bierens de Haan (304 pages)
- INGÉNIEUR MÉTIER DE FEMME, de M.-A. Roy (100 pages)

**COLLECTION « S » COMME SPORT**

- CAISSES A SAVON, de M. Grin (180 pages)
- CHECK-LISTS DU PLAISANCIER, de G. Maisonneuve (208 pages)
- SPORT EN SÉCURITÉ, de H. Potter (128 pages)

- JOGGING = SANTÉ, de H. Schild (160 pages)
- ROLLER SKATE, d'Alain-Yves Beaujour (148 pages)
- TRIAL ET MOTOCROSS, de Bernard Jonzier (132 pages)
- ARC ET ARBALÈTE, de Pierre Dubay (208 pages)
- SKIACRO, LE SKI LIBRE, de M Luini et A. Brunner (112 pages, épuisé, sera réédité)
- DELTA, de Jean-Bernard Desfayes (160 pages, épuisé)
- TOUT SUR LE BREAKDANCE ET LA HIP-HOP CULTURE (144 pages)

#### COLLECTION « LES PLANCHES »

- RENAUD, de Régis Lefèvre (224 pages)
- GRAFFITI, de P. Ferla (148 pages)
- MUMMENSCHANZ, de M. Bihrcr (128 pages)
- VOYAGE DANS LE THÉÂTRE, de J.-P. Althaus (248 pages)
- CONVERSATION AVEC MARCEL MARÉCHAL, de Patrick Ferla (280 pages)
- LES CHANSONS DE GILLES, PAROLES ET MUSIQUE, de Jean Villard-Gilles (376 pages)
- MICHEL BÜHLER, CONTES ET CHANSONS (96 pages)
- DIMITRI CLOWN, de Patrick Ferla (112 pages)
- I LOVA YOU, de Lova Golovtchiner (220 pages)
- JOURNAL D'UN CIRQUE, de Jean-Robert Probst (112 pages)
- BERNARD MONTANGERO, CONTES ET CHANSONS (120 pages)
- AMICALEMENT VÔTRE, de J.-V. Gilles (192 pages, épuisé)
- EL VIS, MON AMI, de J. Delessert (472 pages)
- MA TÊTE, de Janry Varnel (80 pages)

#### COLLECTION « LITTÉRATURE »

- LA MÈRE PORTEUSE, de Guy des Cars (2% pages)
- LE VOYAGE D'EMILIE, de Lise Wyon (200 pages)
- CANNIBALE, de Bolya (env. 160 pages)
- PASSAGE de M-A. Murail (234 pages)
- LA FEMME DÉSERTÉ, de B. Richard (142 pages)
- LA LIGNE DU CŒUR, de S. Creuz (328 pages)
- LA PETITE JUIVE AUX JEANS SERRÉS, de Myriam Jeanjacquet (156 pages)
- SWISSCHOC, de Jean Dumur (184 pages)
- LES VOISINS DE LA COMÈTE, de T. Barboni (168 pages)
- LA TENTATION DE L'ORIENT, de M. Chappaz et J.-M. Lovay (176 pages)
- LA VOIE INDIENNE, de R. Moret (168 pages)
- LA TRAHISON, de H. Seray
- HÔTEL VÉNUS, de A. Cunéo (92 pages)
- UN AUTRE REGARD, de Micheline Leroyer (160 pages)
- PRISCILLA DE CORINTHE, de Flora Ces (272 pages)
- L'EMPIRE HELVÉTIQUE, de Henn de Stadelhofen (336 pages)
- QUELQUE PART UNE FEMME, de B. Richard, (216 pages)
- LA LIGNE BLEUE DES MÔMES, de Gérard Klein (168 pages)
- IL N'Y A PAS DE FEMMES SOUMISES, de Micheline Leroyer (168 pages)
- LA RUE BÉTELGEUSE, de Flora Ces (144 pages)
- L'ÉTERNELLE AMOUREUSE, d'Anca Visdei (404 pages)
- LE CRI DU SILENCE, de Jean-Charles Gunzinger (180 pages)

- LE PROFESSEUR, de Jeanlouis Comuz (236 pages)
- LES PÂLES COULEURS, de Michael Gingrich (184 pages)
- LES JUGES FOUS, de Gilbert Baechtold (84 pages)
- L'OMBRE DES SOUVENIRS, de Jacques Bofford (180 pages)
- LA FOLIE DES GRANDEURS, de Jean-Pierre Ollivier (192 pages)
- LA TAMPONNE, de Jean Charles (90 pages)
- QUAND LES SERPENTS NAVIGUENT, de Gilbert Baechtold (128 pages)

#### COLLECTION « BIOGRAPHIES »

- CORNEILLE OU LE SHAKESPEARE FRANÇAIS, de R. Guerdan (2% pages)
- VERDI SOUS LE REGARD DE L'AMOUR, de Magda Martini (190 pages)
- HUGO, L'HOMME DES MISÉRABLES, de Jeanlouis Comuz (460 pages)
- PASTEUR, de M. Valléry-Radot (346 pages)

#### COLLECTION « DES CAUSES ET DES HOMMES »

- BONSOIR. FAITES DE DOUX RÊVES, de Michèle Maillet (244 pages)
- LES BAHÂIS, OU VICTOIRE SUR LA VIOLENCE, de Christine Hakim (216 pages)
- MA VIE DE KURDE, de N. Zaza (288 pages)
- HOMMES ET FEMMES, LE PARTAGE, de Gabrielle Nanchen (1% pages)
- ROLAND BÉGUELIN, de Claude Froidevaux (144 pages)
- LA PAIX PAR LES FEMMES, de Richard Deutsch (264 pages)
- JIMMY CARTER, de Louis Wiznitzer (192 pages)
- LE COLONISATEUR COLONISÉ, de L. San Marco (232 pages)
- DE GAULLE : VOUS AVEZ DIT BELGIQUE, de C. de Groulart (144 pages)

#### COLLECTION « L'ENSEIGNEMENT AUJOURD'HUI »

- VOYAGE DANS LE MONDE DES SOURDS, de M. De-mai et J. Lelu-Laniepce (216 pages)
- IL N'Y A PAS DE MAUVAIS ÉLÈVES, de Jürg Jegge (176 pages)
- LE THÉÂTRE POUR ENFANTS, de Claude Vallon (192 pages)
- LA TÊTE PLEINE D'ÉLÈVES, d'un groupe d'enseignants (128 pages)
- LES ATELIERS DE CINÉMA D'ANIMATION, FILM ET VIDÉO, de Robi Engler (384 pages)
- LEXIQUE SUISSE ROMAND-FRANÇAIS, de C. Hada-cek (144 pages)
- LE TOUCHER, de A. Serrera et C. Calmy-Guyot (124 pages)

#### COLLECTION « CENTRE-EUROPE TIERS MONDE »

- PROMESSES DE LIBÉRATION, de P. Jubin (140 pages)
- LA CIVILISATION DU SUCRE, de A. Imfléd (216 pages)
- LE RÉVEIL INDIEN, de Alain Labrousse (224 pages)
- TOURISME ET TIERS MONDE, de P. Rossel (180 pages)
- HAÏTI, BRISER LES CHAÎNES, collectif (192 pages)

- L'EMPIRE NESTLÉ, de Pierre Harrisson (496 pages)
- LA BOLIVIE SOUS LE COUPERET, de Théo Buss (376 pages)
- QUEL AVENIR POUR LE SAHEL ? de P.C. Damiba et P. Schrupf (224 pages)
- L'EXPORTATION DU SWISS MADE, de H. Stetter (128 pages)
- LE VIEIL HOMME ET LA FORÊT, de Lorette Coen (128 pages)
- LES MÉDICAMENTS ET LE TIERS MONDE, d'Andras November (216 pages)
- L'ÉGLISE ET LES PAUVRES, de Julio de Santa Ana (276 pages)
- UN CONTINENT TORTURÉ, collectif (216 pages)

**COLLECTION «PHALANSTÈRE» ET «LA FLEUR AU FUSIL»**

- PETITE ENCYCLOPÉDIE DU RIRE, de M. Picard (232 pages)
- LA CIVILISATION DU SUCRE, de A. irafeld (216 pages)
- PETITE ENCYCLOPÉDIE DU BAISER, de J.-P. Tournier et A. Mourier (186 pages)
- LE SAC À FOUILLES, de Ricet Barrier (96 pages)
- PORTRAITS DE SAUTE-MOUTON, de Janry Varnel (100 pages)
- MOI J'AIME LES P., de Jack Rollan (32 pages)

**COLLECTIONS « ENSUISSE »**

- MUSIQUE DE ROMANDIE, de C.-H. Bovet et D. Curchod (216 pages)
- LA ROMANDIE CHANTE, de M. Grin et D. Curchod (168 pages)
- LA ROMANDIE DOMINEE, de Grimm-Gobat et A. Charpiloz (128 pages)
- HISTOIRE ET ACTUALITÉ DES CHERCHEURS D'OR EN SUISSE, de Pascal-Arthur Gonet (104 pages)
- ARMES INDIVIDUELLES SUISSES, de Clément Bosson (210 pages)
- FAITES DILIGENCE, de J. Charles, C. Froidevaux, F. Musy (104 pages)
- ROGER NORDMANN, OU LES CHAÎNES DU BON HEUR, de Patrick Nordmann (152 pages)
- LE COLONEL FASCISTE SUISSE, ARTHUR FONJALAZ, de C. Cantini (224 pages)

**COLLECTION « L'ÂGE D'ORDES LOISIRS »**

- MONSIEUR JARDINIER, de J.-C. Gigon (314 pages)
- LA CHASSE AUX TRÉSORS, d'Emmanuel Haymann (160 pages)
- A LA DÉCOUVERTE DE L'OR EN FRANCE, de Xavier Schmitt (136 pages)
- LES RECETTES DE VOS VEDETTES, de Jacques Bofford (160 pages)
- DÉCOUVREZ ET MAÎTRISEZ LE SCRABBLE, de Didier Clerc (320 pages)

**COLLECTION « LES CAILLOUX BLANCS »**

- GUILLAUME TELL, de Pascale Allamand et Henri Dès (36 pages)
- LA PLANÈTE DES GOSES, de G. Bruchez, D. Curchod, M. Dami, B. Pichon (52 pages)

**COLLECTION «ALBUM»**

- MEN, de Joseph Caprio (80 pages)
- IMPRESSIONS IN BLACK, de P.-M. Delessert (92 pages)
- LE SKIEUR DE L'IMPOSSIBLE, de Sylvain Saudan (130 pages)
- A CORPS PERDU, de Jean-Pierre Pastori (114 pages)
- PORTRAITS D'ARTISTES, de Ch. Coigny (80 pages)
- LES MEILLEURES PHOTOS DE CHRISTIAN COIGNY (100 pages)
- OHMMES, de Christian Coigny (80 pages)
- PATRICK DUPOND, OU LA FUREUR DE DANSER, de Jean-Pierre Pastori (104 pages)
- TANGO, de Pablo Rcinoso (88 pages)
- HISTOIRE DES HOMMES VOLANTS, de Jacques Thyraud (200 pages)

**COLLECTION « REGARDS SOCIOLOGIQUES »**

- CULTES DU CORPS, Eliane Perrin (200 pages)
- L'AVENIR INSTANTANÉ, MOUVEMENT DES JEUNES À ZURICH, de A. Willener (212 pages)
- MARIAGES AU QUOTIDIEN, de Kellerhals, Perrin, Steinauer-Cresson, Vonèche, Wirth (300 pages)
- LA LOGIQUE DU CONFLIT, de C. Mironesco (192 pages)
- TEMPS LIBRE, de Lalive d'Epinay, Bassand, Christe, Gros (264 pages)
- L'ÉCHEC SCOLAIRE, de Deschamps, Lorenzi, Meyer (272 pages)

**COLLECTION « GRANDE ET PETITE HISTOIRE »**

- KGB, OBJECTIF PRETORIA de R. Kauffier et R. Faligot (env. 200 pages)
- LE SYSTEME SAOUD, de Claude Feuillet (214 pages)
- HISTOIRES MYSTÉRIEUSES DES TRÉSORS DE FRANCE, de E. Haymann (200 pages)
- MARIE DURAND OU LES CAPTIVES D'AIGUES-MORTES, d'Anne Danolos (160 pages)
- LE CAMP DU BOUT DU MONDE, de E Haymann (292 pages)

**COLLECTION « GRANDS ENTRETIENS »**

- TROIS FRÈRES DISRAËL, de S. Cohen (env. 200 pages)
- AFRIQUE, LES CHEFS PARLENT, Radio France Internationale (252 pages)
- KADHAFI, de M. Kravetz, M. Whitaker, H. Barrada (242 pages)
- MEÏR KAHAN, LE RABBIN QUI FAIT PEUR AUX JUIFS, de R. Mergui et Ph. Simonnot (186 pages)

Distribution aux libraires en France : Inter-Forum - 75013 Paris  
Demandez notre catalogue.

**Pierre-Marcel Favre, éditeur**

Siège social : 29, rue de Bourg, CH-1002 Lausanne, Suisse

Téléphone (de Paris 19 41 21 22.17.17)

Paris : 2, rue du Sabot, F-75006 Paris. Tél. 45.48.68.85.

*Achévé d'imprimer en 1986  
à Genève - Suisse*

# Dictionnaire critique de psychiatrie

Si l'institution psychiatrique est aujourd'hui durement contestée, savons-nous comment elle fonctionne réellement ? Et qui peut encore imaginer que l'aventure psychiatrique ne concernera jamais nos proches ?

Le Dr Barthold Bierens de Haan est profondément convaincu de la nécessité de renouveler en profondeur la pratique de la psychiatrie. Il démonte le mécanisme implacable, mais subtil, qui conduit et maintient à l'hôpital. Il explique le langage de la psychiatrie, les lieux où elle s'exerce, par qui et de quelle manière elle est vécue, pratiquée, et comment on peut s'y soustraire ou atténuer son effet.

Dictionnaire et guide d'exploration à la fois, le livre de Barthold Bierens de Haan, dans une démarche incisive et polémique, a pour but de mieux armer contre les internements abusifs, les traitements inadaptés, voire dangereux, et contre les abus de toutes sortes.

Le Dr Barthold BIERENS de HAAN est né en 1940, de père hollandais et de mère suisse. Il a fait ses classes à Genève, en Allemagne, aux Pays-Bas et à Paris. A 18 ans, il s'engage comme mousse sur un cargo, découvre Cuba, juste après la révolution, et les Etats-Unis où il travaille quelques mois comme docker. De retour en Europe, il étudie d'abord la physique à l'Ecole polytechnique de Zurich, puis la médecine à Genève. Il obtient le diplôme fédéral de médecine en 1968 et le doctorat, honoré du Prix Dr César Roux en 1972. En 1968, Bierens de Haan est au Vietnam avec la Croix-Rouge. Assistant titulaire en médecine interne et en chirurgie, il poursuit sa formation à Genève, Lausanne et Londres avant d'aborder la psychiatrie. Chef de clinique à l'hôpital psychiatrique de Bel-Air en 1976-1977, il s'intéresse spécialement aux thérapies par le milieu qui cherchent à utiliser et transformer la structure sociale de l'hôpital psychiatrique pour que l'environnement et chaque membre de l'équipe interviennent dans le traitement du malade.



BARTHOLD BIERENS DE HAAN

ISBN 2-8289-0032-X

98 F