

La mort de l'asile, Histoire de l'antipsychiatrie, Jacques Lesage de la Haye

Jacques Lesage de la Haye naît en 1938 en Martinique. Entre 17 et 19 ans il commet beaucoup de vols de voiture et de braquages. À 19 ans, il est incarcéré pour 11 ans. En prison il comprend vite que son avenir professionnel réside dans les études. Il passe son bac et une licence ès-lettres. En parallèle, il s'auto-analyse. À sa sortie en 1968, il poursuit ses études et obtient une licence en psychologie. En 1969, il entame sa carrière en tant que psychothérapeute dans le centre psychothérapeutique de Rueil-Malmaison. Il y passera 2 ans. Puis en 1972, dates à laquelle les psychologues se sont vu conférer une place dans les hôpitaux psychiatriques jusqu'en 2003, il travaille à l'établissement public de santé de Ville-Evrard (d'abord hôpital psychiatrique, puis secteur).

C'est un militant très actif. Il s'est engagé plus particulièrement dans les domaines de la détention asilaire et de la détention carcérale.

En 1973, il rejoint le CAP, le comité d'action des prisonniers.

En 1974, il co-crée le mouvement Marge (un groupe anarchiste qui édite le journal du même nom et cherche à rassembler l'ensemble des marginaux : anciens prisonniers, délinquants, prostituées, travestis, homosexuels, psychiatrisés, squatters, toxicomanes...)

1989, il crée et co-anime une émission sur le monde carcéral dans le cadre de radiolibertaire « ras les murs ».

Histoire de la folie au cours des Âges

Le fou fait peur, il dérange. À travers les siècles nous avons réagi de différentes manières envers celui-ci. Ces dispositifs mis en place relèvent tous d'un rite expiatoire ou d'un bannissement qui font eux-mêmes partie de l'arsenal de l'exclusion. En voici deux exemples. 1) « La fausse aux serpents ». Dans l'Antiquité, le fou est jeté dans une fosse rempli de serpent. L'idée derrière est que le fou est tel qu'il est suite à un choc et que le meilleur moyen de le soigner est de lui infliger un autre choc équivalent. 2) « La nef des fous ». Elle pratiquée au Moyen-Âge, et plus particulièrement en France. Les personnes trop dérangées, les malades mentaux, les handicapés, débiles ou agités étaient poussés dans une barque et expédiés ainsi sur la rivière ou sur le fleuve. Ceux-ci ne sachant pas nager n'avaient d'autre choix que de ramer avec des rames ou avec leur mains jusqu'à une quelconque contrée inhabitée. S'ils abordaient une rive peuplée ils étaient immédiatement rejetés car tout le monde savait qu'il s'agissait de la nef des fous. Ainsi, à force de faim, de fatigue et de maladie, ils finissaient par se battre et à renverser la barque.

À la fin du Moyen-Âge, un premier enfermement a été mis en place dans les maladreries et les hostelleries, préludes aux hôpitaux. Les malades mentaux étaient confinés dans de vastes pièces avec toutes sortes d'autres déviants et ils étaient tellement nombreux qu'ils risquaient fort de s'étouffer en se piétinant. Jusqu'à la Révolution date à laquelle va s'opérer ce que Foucault a appelé « le grand enfermement », les maladreries et les hôpitaux sont sous l'égide des prêtres et des religieuses. Ces derniers interprétaient les perturbations psychologiques des malades comme des fautes ou plus précisément comme des péchés et envisageaient l'enfermement comme la punition d'un péché. La discipline permettrait d'amener le coupable à l'amendement. C'est pourquoi le malade et les autres déviants devaient travailler, vivre en communauté, respecter les règles de l'institution, et pratiquer la prière et les actes de la foi.

En 1785, les législateurs et les politiques se mettent d'accord : les malades mentaux et les prisonniers de droit commun doivent être séparés. On fait paraître une circulaire qui constitue en quelque sorte, l'acte fondateur de la psychiatrie. Elle s'intitule : « Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles (refuge, lieu d'accueil) qui leur seront destinés ».

Avec la Révolution, un autre pouvoir va se mettre en place, celui des médecins. Il s'agit du « grand enfermement », qui consiste en cette volonté scientifique de retirer la prise en charge des malades mentaux aux religieux et de la confier aux médecins. Progressivement, et surtout, au cours du XIX^{ème} siècle, les médecins vont devenir les responsables des traitements des malades mentaux et même des directeurs des asiles d'aliénés. Les médecins refusent la notion de faute. Selon eux, seule la médecine peut apporter une réponse aux causes de la folie. Certains médecins remarquent alors que des troubles peuvent être différenciés. Ceux-ci ont commencé à tenir la folie pour curable et à inventer des traitements tels qu'enfermer un patient dans une cage tournante, appliquer des sangsues sur le sexe d'une femme et plonger le malade dans une baignoire d'eau froide pour le soigner.

Notons que depuis des siècles, en parallèle de cette logique de l'enferment, il existe des villages qui ont accueilli leurs fous ou leurs débiles. On parle alors « d'idiote du village ». (situation pas toujours angélique). Un exemple intéressant. Dans 3 villages à Dun-sur-Oron, à Ainay-le-Château, pour la France, à Gheel, pour la Belgique, une organisation particulière s'est effectuée au siècle dernier autour de la prise en charge de psychotiques, autistes et débiles mentaux. Il y a des hôpitaux de rattachement et des familles d'accueil (qui touchent de l'argent).

Au XX^{ème} siècle, les psychiatres ont appliqués l'hydrothérapie (bains froids, bains chauds, jets variables) puis la sismothérapie (thérapie par des chocs). Ex. de thérapies sismiques : 1) Le cardiazol. Il provoquait des crises épileptiques (et des crises cardiaques). 2) la cure de Sakel. Elle provoque un pré coma hypoglycémique. On donne de l'insuline au malade et il tombe dans le coma. On le sort avec du miel ou de la confiture. Il y a mort symbolique, régression, renaissance, resucrage et maternage. Cette méthode est pratiquée par série de 6, 12, 24. On utilise à nouveau cette technique aujourd'hui (2005). 3) l'électrochoc. On l'utilise encore aujourd'hui dans le cadre de la dépression. Elle permet une réémission de très courte durée et engendre de grandes séquelles (amnésies, confusions mentales...)

Dans les années 1950 apparaît la Chlorpromazine, commercialisée en France sous le nom de Largactil. C'est le premier antipsychotique (surnommé la « matraque liquide »). Il a un effet sédatif et calmant. Peu de patients sortent de l'hôpital grâce à ce médicament mais il y aura moins de souffrance dans l'hôpital. Les pavillons d'agités vont se dissoudre et les gardiens d'asiles vont laisser la place aux infirmiers psychiatriques.

Apparaît alors ce qu'on va appeler « la psychiatrie morale ». Des médecins-chefs vont dénoncer l'asile d'aliénés, se retourner contre l'enfermement et critiquer l'hôpital au nom d'une certaine morale. Pour eux l'asile est une enclave totalitaire. L'asile est un système vertical tyrannique. Il n'y a pas de place pour le libre arbitre et la liberté sauf pour les médecins chefs (et encore). La psychiatrie morale décide d'humaniser les hôpitaux, de prendre en compte la souffrance des patients. La psychiatrie morale admet que les malades mentaux sont maltraités en psychiatrie, mais elle ne fait pas une analyse politique du problème (données sociales et économiques). Et malgré toutes les améliorations, qu'a apportées la psychiatrie morale, celle-ci permet la pérennisation du système archaïque : l'institution totalitaire survit grâce à ces progrès.

Une approche très importante sera la sociothérapie, inventée dans les années 1950 par Maxwell Jones. Il s'agit de groupes où les patients prennent la parole, parlent de leurs problèmes, sont écoutés par des thérapeutes. Il existe toutes sortes de groupes sociothérapeutiques : musique, danse, théâtre, peinture,

discussions, dynamiques de groupe, psychodrames etc. Ces techniques sont complémentaires de la psychiatrie classique. Cette approche prend en compte les données sociales (pas seulement organique ou psychologique). La sociothérapie fait son entrée en France dans les institutions hospitalières, en 1965. Mais elle n'éclot que dans quelques endroits privés et on ne la verra pas avant longtemps dans les institutions publiques. La sociothérapie sera largement reprise par l'antipsychiatrie et les autres courants réfractaires à l'hôpital psychiatrique.

Face à l'insuffisance de la psychiatrie morale, un autre mouvement va contester l'hôpital psy et ce dans 3 directions différentes.

1) Le secteur psychiatrique (Bonnafé et plein d'autre). L'idée est de transformer le grand enfermement en un suivi de proximité des patients psychiatriques dans des institutions proches de leurs lieux d'habitation.

2) La psychothérapie institutionnelle. Il s'agit d'introduire la sociothérapie dans l'asile mais avec des prises de conscience radicales et, pour la première fois, politiques. (VS psychiatrie morale qui ne le fait pas). La sociothérapie introduit la notion du groupe et la dimension sociale à l'intérieur de l'institution, mais elle ne va pas jusqu'à englober dans sa réflexion la période qui précède l'hospitalisation, le rôle de l'institution dans la société et la période qui suit l'hospitalisation. C'est un concept à usage institutionnel.

Une idée novatrice a été d'affirmer l'égalité des soignants et des soignés. (François Tosquelles, Jean Oury et Félix Guattari Clinique de La Borde). Ce principe horizontal soignants soignés est appliqué pendant des années à la Borde. Il y a des réunions, à mi-chemin entre les réunions-programmes de la sociothérapie et la réunion de synthèse de la psychiatrie morale, qui permettaient aux soignants et aux soignés confondus de parler de leurs problèmes. Il était considéré que ces réunions avaient une valeur thérapeutique pour tous. La psychothérapie institutionnelle s'effectue dans des lieux semblables à la psychiatrie classique mais privés au début.

Mais l'asile ne supportant aucune contestation qu'il ne peut récupérer à son compte, va instrumentaliser la psychothérapie institutionnelle. Il n'est plus question de remettre en cause l'institution et la société. Le médecin-chef décide que la psychothérapie institutionnelle est un outil qui doit rester entre les mains de la hiérarchie. La technique ne peut être appliquée que par les infirmiers d'élite sur de bons malades, celui qui a une chance de guérir et se soumet à l'autorité. Il faut une rupture idéologique beaucoup plus forte pour mettre fin à l'asile.

3) L'antipsychiatrie.

Il s'agit d'un mouvement révolutionnaire international. La remise en cause de l'hôpital psychiatrique est insérée dans la contestation de la société tout entière. C'est le système capitaliste qui est critiqué avec ces critères de compétition, concurrence et rentabilité incontournables. Toute tentative d'exister différemment est condamnée. Un défaut de fonctionnement se serait glissé chez les individus dérogeant au système et les institutions chargées de recevoir ces opposants, ces déficients et ces contestataires ont pour but de les réparer et de les rendre fonctionnels. Autrement dit toute personne qui contrevient aux règles est enrhumé. L'antipsychiatrie refuse la mainmise de la médecine sur la santé mentale du public. Elle dénonce le glissement insidieux du traitement à visée thérapeutique vers le contrôle psychiatrique des populations. L'antipsychiatrie est un vaste mouvement, un carrefour et un réseau de convergences recouvrant des formes tellement diverses de courants qu'il est impossible de la définir par un seul type de pensée et de mise en application. Selon les pays, les différents mouvements ont mis l'accent sur tel ou tel type de dysfonctionnement.

3a) Le mouvement anglais, dont Davide Cooper et Ronald Laing sont deux représentants majeurs, a mis le focus sur le fait que les problèmes mentaux sont le reflet, le signal de problèmes plus gros au niveau sociétair et que par conséquent on est tous fou. Du coup, en thérapie, il n'y a pas besoin de placer des barrières entre soignants et soignés. On crée des lieux de vies où on vit avec les patients 24 h/24h. Les expériences se déroulent dans de grandes maisons situées dans les faubourgs (périphérie) des villes (vs asile traditionnel) (Kingsley Hall, Londres /*Asylum* Peter Robinson et *Le Voyage à travers la folie* de Mary Barnes). L'enfermement est refusé. La vie commune, assez proche des gens du quartier, le remplace. Les médicaments, dans la plupart des cas, ont été proscrits et c'est le partage des angoisses, délires et dépressions qui doit aboutir à la guérison, si tant est qu'elle existe.

3b) En Allemagne, Le Socialistisch Patient Kollektif (SPK), paraît clairement marxiste-léniniste et ses pratiques sont assez radicales ; il critique, dénonce, se bat et déplace la guerre sur le terrain judiciaire. Des parents de patients internés sont partis en lutte avec des avocats. Ils font une analyse politique très pointue. Au début des années 80, ils ont voulu créer un tribunal pour juger les psychiatres.

3c) En Italie, Basaglia et Jervis et bien d'autres ont créé la *Psychiatria democratica* d'obédience marxiste. Le climat marxiste d'alors est très favorable pour l'antipsychiatrie. L'enfermement est intolérable. Les révolutionnaires en arrivent à la conclusion qu'il faut vider les hôpitaux. (l'Hôpital de Trieste, à Gorizia et Ibiza va se vider sur une 20ème d'années. On passe 1400 patients à 140.) Une immense concertation nationale a été entreprise. Elle a, en particulier, débouché sur la prise en charge des malades mentaux par les syndicats, le parti communiste et le monde du travail. De nombreux lieux alternatifs ont été créés: centres de jour, ateliers etc. L'expérience a réussi mais a finalement comme dans les autres pays a atteint ses limites.

3d) En France, on retrouve des penseurs comme Guattari et Foucault. Roger Gentis (un psychiatre s'étant élevé contre l'asile) a poussé les expériences antipsychiatriques à l'intérieur même de l'institution asilaire (psychothérapie institutionnelle). Lieux de vie : La borde (Guattari) le Coral (Claude et Marie Sigala). (*Vivre avec* et *Visiblement je vous aime*)

Cette émulation européenne va donner naissance à un réseau nommé « Alternative à la psychiatrie » lors d'un congrès à Bruxelles en 1975. Les membres de l'antipsychiatrie sont vite arrivés au constat qu'ils ne parviendront pas à détruire l'hôpital psychiatrique. Ils ne sont pas assez nombreux. Le mouvement antipsychiatrique a ébranlé l'asile mais les antipsychiatres sont récupérés par les psychiatres conservateurs qui tiennent des discours tels que "Je ne suis pas antipsychiatres, mais il y a du bon dans cette analyse. L'hôpital ne doit pas être une prison. Il faut ouvrir les portes de l'asile, remettre en cause le port de la blouse pour les infirmiers et les chimiothérapies excessivement lourdes." Résultat : le mouvement antipsychiatrique finit par cautionner le système. La psychiatrie va progressivement s'établir en ville et donner lieu à la réforme du secteur. En fait, le secteur psychiatrique coupe l'herbe sous le pied à l'antipsychiatrie. L'antipsychiatrie est alors utilisée pour améliorer l'hôpital.

De plus, l'Alternative loin d'être homogène, se divise, dès 1977, en deux mouvements, l'un révolutionnaire, l'antipsychiatrie, et l'autre plus réformiste. Et à l'intérieur de ces deux mouvements des courants s'affrontent reproduisant une logique de clan. Certains courants sont pour l'amélioration de l'asile de l'intérieur, d'autres pour l'innovation et la création de nouveaux lieux de vie et d'autres encore pour la création de structures intermédiaires qui rassemble des lieux de vies et les structures du secteur psychiatrique.

Depuis le début des années 1980, toute une génération d'animateurs de lieux de vie a complètement tourné le dos à l'antipsychiatrie. Ceux-ci ne défendent plus aucune pensée politique et montrent pattes blanches à l'administration. Certains nouveaux membres de l'alternatives ne critiquent plus du tout l'asile et se considèrent comme les interlocuteurs privilégiés de l'hôpital à telle enseigne que les fondateurs de l'Antipsychiatrie ne s'y retrouvent plus. L'arrivée de la gauche au pouvoir a fait croire à l'opinion publique que la société était devenue sociale, humaine et libertaire alors que l'asile est toujours là. Certains acteurs sont devenus les complices du système, récupérés par le pouvoir et oublieux des objectifs de l'antipsychiatrie et les nouveaux animateurs de lieux de vie sont les enfants du chômage donc souples et bien élevés. Résultat : l'Alternative se désagrège. Pour parvenir à arrêter les mini-asiles, fonctionnements autoritaires pour ne pas dire totalitaire, il ne faut pas seulement s'en prendre à l'hôpital psy. Ou à la prison, mais à l'ensemble de la société.

Le secteur psychiatrique

Comme nous l'avons déjà vu, en 1960, Lucien Bonnafé et d'autres jettent les bases du secteur psychiatrique. Pour les fondateurs du secteur, il importait de libérer les patients de leurs sangles et d'ouvrir les portes des pavillons, si possible. Les médicaments ont bien aidés. L'un des changements auxquels les fondateurs du secteur psychiatrique tiennent le plus est la localisation des structures qui prennent en charge les patients. Ces structures doivent être porches de leurs lieux d'habitations et à l'intérieur des villes. Mais, dans un premier temps, il ne paraît pas possible d'implanter des unités de soins (UHP) dans les principales villes. Les asiles existent déjà et le coût de nouvelles constructions est absolument impensable.

En parallèle, depuis les années 1960, certains patients sont suivis en ville par les dispensaires d'hygiène mentale (DHM). On use de ces dispensaires pour lutter contre les rechutes. Le patient est suivi après sa sortie de l'hôpital psychiatrique à raison d'une ou deux fois par semaines ou d'une fois par mois. La création des secteurs partira de cette tête qu'est le dispensaire. Le but est de donner moins d'importance à l'hôpital et davantage aux DHM, ce qui signifie que ce lieu de consultation va élargir le spectre de ses possibilités. Il va servir des habitants de la ville qui n'ont jamais été hospitalisés et pourra leur éviter l'hospitalisation. Le psychiatre du dispensaire décide si le patient doit aller à l'hôpital ou s'il peut être pris en charge à l'aide d'une prescription médicamenteuse ou / et d'une psychothérapie. Il va falloir renforcer les équipes de psychiatres dans les lieux de consultation, ce qui pose quelques problèmes de financement. Les formes de structures intermédiaires se diversifient. Des appartements et des foyers pour héberger les handicapés ou les malades mentaux incluant un suivi au dispensaire apparaissent. C'est ainsi que pendant les années 1970-1980, les secteurs ont fonctionné soit avec seulement un dispensaire devenu centre médico-psychologique soit avec une multiplicité de structures différentes. Dans certains secteurs ont vu le jour des crèches, des groupes de femmes, des appartements thérapeutiques, collectifs ou associatifs, des foyers de jour ou de nuit, des hôpitaux de jour, des locaux d'accueil thérapeutique...

Ce qui est regrettable, c'est que les Unités d'hospitalisation psychiatrique (UHP), simples transpositions en ville du pavillon asilaire, peuvent parfois constituer de mini-asiles. Le traitement doit alors être court et ne pas dépasser les trois mois. Le diagnostic débouche sur la chimiothérapie vantée par les laboratoires pharmaceutiques et l'injection-retard est très prisée car elle allège la prise en charge. La thérapie analytique n'est pas souhaitable car aléatoire et, de toute façon, beaucoup trop longue. On assiste aussi à des abus de contrats à durée déterminée de personnels non qualifiés. Au final le patient sort vite et sera éventuellement suivi en ville. Pour l'antipsychiatrie, l'UHP est indubitablement un petit asile, une enclave totalitaire, rigoureusement alignée sur le modèle libéral international.

Le secteur psychiatrique annonce la démarche de l'antipsychiatrie mais sur un laps de temps beaucoup plus long. Il commence au début des années 60 et enveloppe et dépasse le mouvement antipsychiatrique. La critique est moins radicale. Les concepteurs du secteur psychiatrique sont des réformistes. Ils ne remettent pas en cause la notion de maladie mentale, mais plutôt la manière de la traiter. C'est seulement en 1972 que le dispositif va commencer à se systématiser. Ce qui préfigurait déjà la psychiatrie actuelle.

Et en ce systématisant, le secteur prend la place de l'Alternative et de l'Antipsychiatrie. Le secteur ne consiste plus alors en une humanisation de la prise en charge des malades mentaux, comme le voulait ses fondateurs, mais en une récupération par le système du mouvement de l'Alternative. Les lieux de vie sont disqualifiés et remplacés par des structures aux appellations techniques comme "centre d'accueil thérapeutique à temps partiel". De plus si la fermeture des asiles a fini par être prévue en France pour les années 2000, ce n'est que pour une question de coûts, les patients sont "tous" partis. La systématisation du secteur n'est rien d'autre au final qu'un processus de récupération économique. L'Antipsychiatrie a donc échoué.

Groupes et mouvements en lutte

C'est 1968 qui a permis la radicalisation du combat contre la psychiatrie en France. Le discours contestataire prend alors 2 directions. 1) Suivant l'idée d'Erving Goffman : l'hôpital est un camp de concentration et doit être fermé. 2) Si on suit la veine antipsychiatrique anglaise et plus particulièrement David Cooper, nous sommes tous fous et notre adaptation résulte du compromis avec la société.

Des prises de conscience vont avoir lieu d'une part chez certains intellectuels (Guattari, Foucault) et d'autre part, chez des éducateurs, des assistantes sociales, des médecins, des infirmiers et des psychologues. Au cœur de cette agitation va naître un certain nombre de groupes.

En voici quelques uns, 1) Guattari crée le CERFI, Centre d'études et de recherches pour la formation des infirmiers psychiatrique. 2) Sexpol. Il s'agit d'une revue ayant traité à mainte reprise de Wilhelm Reich et de la bioénergie. (Wilhelm Reich est un psychiatre, psychanalyste et critique de la société autrichienne du début du XXème siècle. Il a été l'élève de Freud et est connu pour son engagement en faveur de l'émancipation de la satisfaction sexuelle (*La fonction de l'orgasme*) et ses recherches sur ce qu'il a nommé « l'énergie orgone » (une forme d'énergie dont il affirmait avoir établi l'existence mais qui n'a jamais été confirmée par quelqu'un d'autre)). Ce penseur avait la particularité de ne pas dissocier le psychologique du politique. Les auteurs de Sexpol se situent au carrefour du psychologique et du politique, ils synthétisent clairement la pensée de Reich, en parlant de psychopolitique. Il nous rappelle que, si l'individu est primordial, le groupe, le collectif, la société constituent son mode de vie et d'organisation. Il n'est pas possible d'aborder seulement les problèmes psychologiques, pas plus qu'il n'est pensable de parler uniquement en termes politiques.

La thérapie psychopolitique

Tout est politique, même ce qui est psychologique. Cela signifie que soigner les patients reste le travail de base de l'infirmier, du psychologue et du médecin mais qu'il ne peut pas être séparé de la réflexion théorique et de la gestion de l'ensemble de la société. Si un patient est malade, c'est en raison de facteurs psychologiques, sociaux, ethniques, culturels, familiaux et religieux. C'est pourquoi si nous voulons l'aider à retrouver son autonomie, les médicaments et la psychothérapie ne suffisent pas. Il importe d'y ajouter l'inscription sociale, supposant un logement, un travail, un réseau de voisins, de copains et d'amis et la possibilité de mettre réellement en application dans le champ social le

fonctionnement rééquilibré du dispositif affectif, intellectuel et psychologique de l'individu. À côté de la thérapie individuelle et de groupe, le soignant aura à participer à la remise en cause de l'institution et, dans la cité, aux luttes destinées à remplacer l'hôpital psychiatrique par un système de soins respectueux de l'individu et de ses groupes d'appartenance.

C'est un point de vue très intéressant quand on pense qu'une grande partie du débat des années 1970 a consisté à opposer sans cesse réformisme et révolution. Le réformisme, souvent, se bornait à améliorer les conditions de vie de l'individu. Il s'appuyait sur l'urgence de l'attention à l'autre, alors que les révolutionnaires tenaient moins compte de l'individu. Ils considéraient que tout est politique. Le psychologique suivrait. Ce qui importait c'était de changer les structures.

3) Le mouvement Marge est un rassemblement de délinquants, psychiatisés, toxicomanes, prostituées, féministes, homo, etc. Ce groupe a des idées explicitement libertaires. Jusqu'en 1979 le mouvement a sérieusement attaqué l'asile.

4) En 1975, le Groupe information asiles (GIA) naît en grande partie grâce à des psychiatres et des infirmiers et d'anciens patients décidés à en finir avec l'asile se joignent à eux. Au début, il s'agit d'un mouvement révolutionnaire. Mais celui-ci passe à un groupe de style syndical dans la deuxième partie des années 1980. Les analyses restent les mêmes mais le contexte sociopolitique ne permet pas une action révolutionnaire. Le GIA va alors attaquer l'asile en luttant contre les internements arbitraires. La stratégie du Gia est de dessaisir le pouvoir médical de la gestion de la psychiatrie et de remettre le problème entre les mains de la justice. Les patients portent plainte, puis Le GIA construit le dossier et les documents se retrouvent entre les mains du procureur de la République. Dans la plus part des cas le GIA gagne et beaucoup de psychiatisés sont ainsi libérés. Certains sont même indemnisés.

La mort de l'Asile

L'asile est donc mort avec l'invention du secteur psychiatrique (Bonnafé). Et le coup de tonnerre de l'Antipsychiatrie a servi d'amplificateur. Lucien Bonnafé a poussé tellement loin la critique, la contestation et la réflexion qu'au lieu d'abattre l'hôpital, il a fourni des arguments à sa transformation et son atomisation en structures intermédiaires. En nous replaçons dans une perspective historique, nous pouvons observer que, dès 1960, a été mis en route un dispositif qui allait permettre la fin de l'internement psychiatrique. Les fondateurs du secteur psychiatrique ont pu passer pour des réformistes et les Antipsychiatres pour des révolutionnaires, en réalité, ils s'attaquaient de manière dialectique au même problème pour arriver au même résultat. Le discours sur le secteur se voulait pragmatique et réaliste alors que celui de l'Antipsychiatrie pouvait passer pour théorique, absolu, voir utopiste. Ce que nous observons avec le recul, c'est que le courant antipsychiatrique a confirmé les thèses du secteur. Il a tellement enfoncé le clou que les résistances à la transformation de l'hôpital en psychiatrie de ville se sont effondrées. On peut donc se dire que les leaders de l'Antipsychiatrie n'ont pas tout à fait échoué. S'ils n'ont pas réussi à fermer l'hôpital psychiatrique, ils ont permis au secteur de le rendre inutile. L'ultime tentative de l'Antipsychiatre de contourner l'asile grâce au réseau des lieux de vie n'a pas réussi, mais la synthèse des expériences alternatives et des dispositifs de structures intermédiaires a permis l'aboutissement des efforts conjugués du secteur et de l'Antipsychiatrie.

Mais la fermeture de l'hôpital ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes. 1) La perte d'emplois, et la délocalisation du personnel. 2) L'augmentation du nombre d'anciens patients qui viennent grossir les rangs des marginaux, zonards et clochards. Les sorties précipitées et systématisées

ne tiennent pas toujours compte des difficultés des patients. Il en ressort que certains ne sont pas suivis à l'extérieur. Le relâchement des prises en charge leur permet de passer à travers les mailles du filet. Et comme il s'agit souvent d'individus réfractaires au suivi médical, il n'est pas rare qu'ils disparaissent dans la nature et se perdent au fin fond des villes. Ces formules ne correspondant pas à leurs véritables besoins, ils vont partir dans le cercle infernal : rue-police-centre spécialisé-prison-rue etc. On a pris conscience de ce problème depuis plusieurs années et on parle maintenant de psychiatrie sociale. Cela est renforcé par le fait que l'hôpital lui-même a vu arriver de nouvelles générations de patients, dont les problèmes sociaux et économiques sont beaucoup plus importants que leur pathologie mentale. La situation globale de la société crée de nouvelles situations d'urgence. La psychiatrie, la police et la prison ne sont pas capables d'y faire face. ...C'est le système de profits, de concurrence, de compétition, de privilèges et d'exclusion qui est en cause. La dictature de l'économie produit déviances et marginalités. Les mécanismes normatifs des appareils d'Etat acculent ces déviants à l'errance ou les réduisent à l'enfermement. Des hordes d'individus à la dérive et des masses de problèmes insurmontables vont surgir de tous les horizons. Et selon Lesage il nous faudra apporter des réponses sans tarder, sinon, ce sera la faillite d'un système, non pas parce que nous aurons décidé de le renverser, mais parce que nous n'aurons pas été capables de le gérer.

Les autres intervenants du secteur psychiatrique auront sûrement à s'opposer à la reconstitution de mini-asiles au cœur même des villes. Il faudra démonter les mécanismes de défense mis en place pour des clans de privilégiés face aux réclamations légitimes de ceux qui ont été exclus. S'agira-t-il de maladie mentale, au sens propre du mot, ou bien, plus simplement, d'une meilleure répartition des richesses, quels que soient l'équilibre et la santé des individus ?

Après l'asile

En premier lieu, il s'agit de transposer le dispositif intra-extra-hospitalier en une seule structure, uniquement extra-hospitalière. Avantages : 1) On pourrait être tenté de croire que le transfert des derniers patients du pavillon asilaire à l'annexe ou à la section psychiatrique de l'hôpital général n'apporte aucune modification. Mais c'est faux car les patients sont près du domicile de leurs familles (même si liens sont souvent relâchés) et ils ne sont plus bannis mais retenus dans la ville. 2) L'équipe soignante a de fortes chances de s'unifier. Elle devra s'articuler entre les multiples structures intermédiaires des dispositifs du secteur. 3) Le statut du patient psychiatrique. On passe du « tu es fou. Tu vas à l'hôpital psychiatrique et tu y restes » à un « Tu es fou. Tu es suivi dans des structures intermédiaires. Tu t'absentes le temps de la crise et tu continues le traitement à la maison. Tu es parmi nous ».

Ce passage d'un dispositif intra-extra-hospitalier à une seule structure, uniquement extra-hospitalière nécessite une période transitoire, durant laquelle il s'agit d'adapter et de transposer à la ville des thérapies utilisées à l'hôpital au fur et à mesure des relocalisations. En outre, il va falloir multiplier les formules de type studios, appartements associatifs, collectifs ou thérapeutiques, ainsi que les foyers de jour et de nuit.

À côté de cela, de plus en plus de personnes sont acculées à la dérive sociale, à la décompensation psychotique et à la chute dans l'alcool ou la toxicomanie en raison de problèmes économiques. Pour beaucoup, le manque d'instruction, de formation et d'acculturation entraîne l'échec social. Pour aider tous ces gens, il nous faudra avoir recours à une psychiatrie sociale. Nous avancerons à pas de géant lorsque les patients participeront à l'établissement du diagnostic, des projets thérapeutiques, du traitement, de la post-cure et du retour à une vie active, stable et paisible. Mais ne nous faisons pas d'angélisme. Depuis leur ouverture certains UHP ont montré de sérieux dysfonctionnements,

autoritarisme technocratique et médical, insuffisance de personnel, système de contrôle informatique et vidéo, modernisation de l'idéologie sécuritaire en panoptique cybernétique, manque d'espace, échecs thérapeutiques, rechutes, incohérences de gestion, retards de mise en service, précipitation, tensions, stress, conflits corporatistes, restrictions de crédits. Les petites unités ne valent pas mieux que l'asile. Plus encore, l'atomisation de l'hôpital psychiatrique en structures légères risque de ne rien changer au traitement des malades mentaux, si ses principes de fonctionnement restent les mêmes. Ce n'est pas en agissant dans le seul domaine de la psychiatrie que nous y parviendrons (pas plus que dans celui de l'armée, l'école, l'entreprise ou la prison) que l'on parviendra à renverser le système socio-économique mais l'histoire de la psychiatrie offre un exemple et des travaux pratiques. Le traitement de la maladie mentale et de la déviance est un schéma qui s'extrapole à l'ensemble de la société.

La guerre contre l'asile

On va maintenant s'intéresser d'un peu plus près au combat de tous les jours de Jacques Lesage de la Haye à Ville-Evrard. Lesage arrive à Ville-Evrard en 1972 juste après que le décret promulguant le statut du psychologue à l'hôpital psychiatrique soit entré en application. Au début, il ne sait pas trop quel est sa place et le reste de l'équipe soignante non plus. Ce n'est d'ailleurs qu'à partir de 1994 que les psychologues ont un bureau défini.

Influencé par la sociothérapie et le centre psychothérapique de Rueil-Malmaison, il met en route des réunions-programmes où il demande aux patients ce qu'ils souhaitent et attendent d'un psychologue. Les patients ne répondent pas. Il repère assez vite au travers de leur silence les mécanismes répressifs de l'asile. Dans le cas présent, un surveillant écrasant y règne en maître. Les psychiatres font semblant de le maîtriser mais en réalité ils ne peuvent que composer avec.

Les patientes des pavillons accueillant les femmes finissent par demander des réunions de musique où on danse ainsi qu'un plus grand nombre de sorties. (musées, cinémas, restaurants...) -> une réunion hebdomadaire de musique. C'est un type de sociothérapie. Il s'agit d'une activité où on travaille pour que les patients surmontent leurs résistances à la communication. On y fait parfois de l'éducation gestuelle. On y poursuit une tâche d'amélioration du repérage spatio-temporel. Si Lesage anime les séances, il favorise l'autogestion. Pour ce qui est des hommes, il devra attendre presque 3 ans et l'arrivée d'un nouveau médecin-chef pour pouvoir organiser des réunions programmes avec ceux-ci. Ce sont également la musique et des sorties qui ressortent de ces réunions. Lesage a également mis sur pied un système d'invitation des groupes entre eux. Lors des séances musicales des hommes, il distribuait des feuilles de papier aux participants afin qu'ils puissent prendre des notes pendant l'audition du morceau qu'ils lisaient en guise de commentaires. Cela servait de point de départ à une discussion où ils échangeaient leurs impressions, émotions, sentiments. En parallèle l'antipsychiatre ouvre 2 groupes de yoga dans les centres médico-psychologiques donc en dehors de l'hôpital sous l'appellation de « groupes de relaxations » et un groupe d'expression corporelle à l'hôpital. Progressivement, au fil des ans, les sorties avec les patients se sont multipliées. Outre les films, repas et musées, d'autres objectifs ont été retenus. La mer des Sables et la Vallée des Peaux-Rouges (parcs à thèmes, aventure, Westerns), Concerts, Pièces de théâtres, opérettes, cathédrales et même une journée à Deauville, durant laquelle certains ont fait du bateau et d'autres de la plage.

Référence

www.intempstive.net/une-histoire-de-l-antipsychiatrie

www.antipsychiatry.org

www.forum-anti-psychiatrie.com

Asylum, Peter Robinson (Kingsley Hall)

Le Voyage à travers la folie de Mary Barnes (Kingsley Hall)

Claude Sigala, *Vivre avec* et *Visiblement je vous aime*

La Borde Guattari

le Coral, Claude et Marie Sigala