

PSYCHIATRIE, LE CARREFOUR DES IMPASSES

Isabelle AUBERT-BAUDRON



Anges exploités en retrait ~ Le sanctuaire pour recevoir les rapports © Paul O'Donovan

Interzone Éditions



PSYCHIATRIE, LE CARREFOUR DES IMPASSES

Isabelle AUBERT-BAUDRON

Interzone Éditions

PSYCHIATRIE, LE CARREFOUR DES IMPASSES

© Isabelle AUBERT-BAUDRON
Interzone Éditions

<https://www.interzoneeditions.net/>

Illustration de la couverture: Paul O'DONOVAN

Exploited Angels in Retreat ~ The Sanctum for Receiving Reports
Anges exploités en retrait ~ Le sanctuaire pour recevoir les rapports

Logo Interzone Éditions: © Shuhei HIGASHI

Mai 2020

ISBN: 979-10-94889-04-6

Tous droits de représentation, de traduction
et d'adaptation réservés pour tous pays.

A William Burroughs, Brion Gysin, Henri Laborit , Roger Gentis, Francis Jeanson, Jean-Louis Baudron, Bernard Aigron, Louis Picard, Jean-Pierre Verrier, Bernard Lafond, Clovis Durand, Paul O'Donovan, à mes collègues infirmiers, et à tous les acteurs de ce livre, vivants et morts.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	7
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE.....	13
OBJECTIFS, 1984-1987	15
<i>Un journal.....</i>	<i>15</i>
<i>...Pour un projet.....</i>	<i>15</i>
<i>« Tournant gestionnaire »: le bilan</i>	<i>17</i>
UNE PSYCHIATRIE DE RECHANGE ?	24
MAIS QUE VIENT FAIRE WILLIAM BURROUGHS EN PSYCHIATRIE ?.....	26
UNE « DISCUSSION SUR LA MORT ».....	29
ARTICLES EXTRAITS DES NUMEROS DU JOURNAL	31
<i>Objectifs 1 – Septembre 1984</i>	<i>31</i>
Le point sur le groupe B23, groupe Petite École - Janvier 1984.....	31
Quelques éclaircissements sur la sémantique générale	37
<i>Objectifs 2 - Décembre 1984</i>	<i>43</i>
Sommaire.....	43
Éditorial.....	44
Sondage des hospitalisés	45
Sémantique générale, suite	47
<i>Objectifs 3 – Printemps 1985.....</i>	<i>52</i>
Sommaire.....	52
Éditorial.....	53
Récapitulation des réunions du groupe B 23 depuis le mois d’octobre 1984.....	54
Lettre de Clovis Durand	57
Sondage du personnel	58
Commentaires sur le sondage	61
<i>Objectifs 4 - Été 1985</i>	<i>63</i>
Sommaire.....	63
Éditorial.....	64
Voyage en Auvergne	65
<i>Objectifs 5 - Automne 1985.....</i>	<i>70</i>
Sommaire.....	70
Récapitulation du travail du groupe depuis juillet 1985	71
Comptes de la petite école	76
Regard sur le passé du séjour à Saumur à cœur ouvert	77
Séjour à Saumur.....	78
Interview de Simone.....	82
Interview de Michel Foucault	86
<i>Objectifs 6 – Printemps 1986.....</i>	<i>90</i>
Sommaire.....	90
Éditorial.....	91
Structuration du temps.....	92
Charte du malade hospitalisé	96
Activités du groupe B 23	98
<i>Objectifs 7 – Janvier 1987.....</i>	<i>101</i>
Sommaire.....	101
Éditorial.....	102
Bilan de trois ans d’existence du B 23	104
NUMEROS D’OBJECTIFS EN LIGNE	109
DEUXIÈME PARTIE	111
MONSIEUR AGNELET	113
GERVAIS	122
MODESTE	127

MONSIEUR B.	134
LOUIS	152
<i>Lettre du 21 juin 1989 au surveillant-chef du secteur IV</i>	152
<i>Lettre ouverte aux soignants du secteur IV: 12 Juin 1990</i>	157
<i>Lettre du 10 août 1990 au Président de la République François Mitterrand</i>	161
ÉVALUATION, 21 AOUT 1990	166
LETTRE AU COMITE NATIONAL CONSULTATIF D'ÉTHIQUE	182
POEMES D'ÉDITH AURENGO	197
<i>Louis</i>	197
<i>Les Coteaux de la folie tendresse</i>	198
<i>Cendres de toi</i>	198
DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN, 26 AOUT 1789	200
ROGER GENTIS, SYMPOSIUM DE PSYCHIATRIE	202
HOMMAGE AU DOCTEUR BERNARD LAFOND, 1934-1994	213
REMAKE DES "DIX PETITS NEGRES": ENQUETE SUR LES FACTEURS DE MORTALITE ET DE MORBIDITE EN MILIEU HOSPITALIER ET PROPOSITIONS POUR EN SORTIR	217
<i>Harcèlement moral</i>	220
<i>Questions</i>	226
<i>Conséquences</i>	226
<i>Idéologies qui sous-tendent cette stratégie</i>	227
<i>Historique des écoles de cadre</i>	228
<i>Des structures à caractère sectaire</i>	230
Extraits du rapport N° 480 enregistré à la Présidence du Sénat le 3 avril 2013	230
ÉPILOGUE	233
<i>Mort d'Élodie Multon</i>	233
<i>Quand les soignants démissionnent</i>	235
<i>Nécessité de limites légales fermes</i>	235
TROISIÈME PARTIE – DOCUMENTS DE RECHERCHE	237
BIENVENUE DANS VOTRE FUTUR : DES EQUIPES INDEPENDANTES AIDES-SOIGNANTES ET INFIRMIERES DE SERVICES A LA PERSONNE, UNE ALTERNATIVE AU TRAVAIL EN INSTITUTION	239
<i>Nous réappropriier notre travail</i>	239
<i>Ce qui existe déjà dans le domaine des services à la personne</i>	239
Les associations de service à la personne	239
Les ADMR (Aide à domicile en milieu rural)	241
<i>Comparaison avec des équipes indépendantes</i>	242
Exemple de planning	243
<i>Détail des salaires et coût pour les employeurs</i>	244
<i>En comptant trois clients (126 heures par mois)</i>	244
<i>En comptant un quatrième client permettant d'arriver à 140 h par mois</i>	245
CQFD	245
<i>Comment procéder pratiquement quand on travaille en institution</i>	246
<i>Niveau immobilier</i>	247
<i>Conclusion</i>	247
UNE METHODE SIMPLE POUR SE DEBARRASSER DES CAUCHEMARS	249
<i>Mon expérience personnelle</i>	250
<i>Quelques éléments complémentaires sur les rêves</i>	252
1. Un temps de vie augmenté	252
2. Un langage symbolique spécifique à la dimension des rêves	252
3. Des rêves relatifs à des événements futurs	253
<i>Qu'est-ce qui se passe là exactement ? Nous n'en savons rien, allons voir</i>	255
LES PROBLEMATIQUES DE L'OCCIDENT: DES IMPLICATIONS EN SCIENCES HUMAINES DU TRAVAIL DE RECHERCHE DE MICHEL ONFRAY SUR FREUD	258
1. <i>Présentation du cartographe</i>	258
2. <i>Une première approche non psychiatrique de la folie</i>	259
3. <i>Histoire de la folie</i>	260

4. Une remise en question de la nosographie psychiatrique	262
a) Postulats de la nosographie psychiatrique	262
b) Postulats de la grille freudienne	263
c) Culpabilisation du plaisir sexuel: du dogme du péché originel à la théorie des névroses	265
d) Mise au point sur quelques concepts freudiens	266
5. De l'importance d'une recherche en sciences humaines harmonisée sur notre évolution scientifique.....	269
PMD / TROUBLES BIPOLAIRES : MALADIE PSYCHIATRIQUE OU PERTURBATION DU METABOLISME ?	271
<i>Une pathologie difficile à soigner</i>	271
<i>L'apomorphine, un régulateur du métabolisme ?</i>	272
<i>Pour aller plus loin:</i>	273
Sur la cure d'apomorphine du Dr Dent.....	274
Mes documents de recherche en ligne :.....	274
Apomorphine et dossier désintoxication.....	274
Dr Andrew Lees and apomorphine	274
Documents du docteur Carl Carlsson (mise en ligne avril 1999).....	274
QUATRIÈME PARTIE - CORRESPONDANCE	275
WILLIAM BURROUGHS, 14 JANVIER 1985.....	277
BRION GYSIN, 19 AOÛT 1985	278
CHARLOTTE READ,	279
4 avril 1986.....	279
29 juin 1994.....	281
20 janvier 1995.....	283
FRANCIS JEANSON, 28 SEPTEMBRE 1989.....	284
ISABELLE BAUDRON, 10 DECEMBRE 1997.	285
ROGER GENTIS, 20 DECEMBRE 1997	287
ISABELLE BAUDRON, 26 DECEMBRE 1997.....	288
ROGER GENTIS, 3 JANVIER 1998.....	291
ISABELLE BAUDRON, 13 JANVIER 1998	293
ROGER GENTIS, 25 FEVRIER 1998.	298
ISABELLE BAUDRON, 16 MARS 1998.....	300
ROGER GENTIS, 31 MARS 1998.....	304
ISABELLE BAUDRON, 6 AVRIL 1998.....	306
ROGER GENTIS, 15 AVRIL 1998	307

INTRODUCTION

Psychiatrie, le Carrefour des Impasses est un recueil de documents et de nouvelles qui témoignent d'événements dramatiques survenus dans un hôpital psychiatrique en France à partir des années quatre-vingt. La première partie, qui rassemble des extraits de la revue *Objectifs* réalisée par des soignants et des soignés de 1984 à 1987, est un exemple du travail thérapeutique qu'il était alors possible d'effectuer en psychiatrie durant le ministère de Jack Ralite¹, qui avait donné aux équipes soignantes de terrain les moyens de mettre en place des projets correspondant aux besoins des patients, aidées en cela par l'administration. Les textes de la deuxième partie traitent du vécu de patients et de soignants dans les années suivantes et sont représentatifs de la dégradation progressive du travail soignant, des conditions d'hospitalisation et des droits des patients au cours des ministères ultérieurs. La troisième partie contient la correspondance.

J'ai écrit ce livre après avoir démissionné de la psychiatrie publique au début des années quatre-vingt-dix, refusant de cautionner le changement d'orientation qu'elle avait prise dans le contexte du « tournant gestionnaire »: les faits auxquels j'étais confrontée me paraissaient inacceptables sur les plans de la qualité des soins et du travail, et incompatibles avec la fonction soignante à laquelle j'avais été formée et que j'étais payée pour exercer. Toutefois n'ayant alors qu'une connaissance très limitée du contexte économique, j'étais loin de soupçonner que j'assistais au début d'un démantèlement de la psychiatrie française programmé sur le long terme, dans le cadre d'une planification d'une privatisation des services publics qui était alors pour moi du niveau de l'inconnaissable.

A mon entrée au centre de formation en 1976, j'arrivais dans un hôpital psychiatrique de construction récente, considéré comme avant-gardiste à l'hôpital départemental. Les deux médecins-chefs qui dirigeaient les deux secteurs partageaient la même conception de leur métier, s'entendaient bien et étaient profondément respectés des équipes infirmières. L'un d'eux était arrivé de la région parisienne en compagnie d'un groupe d'infirmiers qui l'avaient suivi, désireux de continuer à travailler dans le même état d'esprit et de partager avec lui ce qui représentait pour eux une aventure: mettre sur pied une psychiatrie humaniste dans un hôpital à taille humaine, ouvert sur l'extérieur. Les effectifs infirmiers étaient suffisants pour accompagner les patients durant leur hospitalisation et après leur sortie. Les gens venaient travailler avec plaisir, s'impliquant personnellement, n'hésitant pas à revenir sur leurs repos pour assister aux réunions d'équipes, au point que la grande salle de réunion utilisée ne suffisait pas à contenir le personnel présent. Apprendre le métier dans ce contexte était tout simplement passionnant.

Après le départ de Jack Ralite, les changements de critères d'évaluation imposés par les ministères suivants ont régi la nouvelle organisation impulsée par

1. Voir l'article d'Eric Favereau: *Jack Ralite, quand la santé faisait rêver*, Libération https://www.liberation.fr/france/2017/11/13/jack-ralite-quand-la-sante-faisait-rever_1609821: « La psychiatrie me passionnait, parce que j'avais toujours en tête la phrase d'Artaud: "Un fou, c'est aussi quelqu'un qui dit des vérités que la société ne veut pas entendre". Et je découvrais le mouvement psychiatrique dans un monde médical encore très corporatisé. J'étais heureux dans ce milieu, comme un poisson dans l'eau. On aurait dit qu'une partie de ma vie, de mes illusions et de mes petites tragédies individuelles se retrouvait là.» Jack Ralite (1928-2017)

l'administration. Les méthodes de harcèlement qui sont apparues dans ce contexte, et qui n'avaient jamais existé auparavant dans cette structure, n'étaient pas explicitées, ni connues comme elles le sont aujourd'hui. Aussi cette évolution était-elle pour les soignants, non informés de leur nature, et privés des éléments de compréhension, de l'ordre de l'incompréhensible et de l'absurde: du jour au lendemain, sous prétexte de « faire des économies ». Le travail qui nous avait été demandé de mettre en place, et l'état d'esprit dont il s'inspirait, devenaient caduques.

La première étape a consisté, au début des années quatre-vingt, en la fermeture des centres de formation des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) et la disparition des domaines d'études qui y étaient enseignés: trois années partagées entre les cours et le travail dans les services, dans le cadre d'un établissement pratiquant la psychothérapie institutionnelle², en présence des patients: repas « thérapeutique » pris avec les hospitalisés, accompagnement de ceux-ci dans les activités quotidiennes, formation aux entretiens psychothérapeutiques et aux prises en charge dans le cadre d'une équipe soignante, etc.: nous étions des infirmiers cliniciens, formés « au lit du malade », à cette différence près que ces derniers n'étaient généralement pas alités.

Le niveau d'études des ISP était élevé: la première année était consacrée, au niveau de l'enseignement psychiatrique, à l'étude des comportements pathologiques, la deuxième, à celle de la nosographie psychiatrique proprement dite, et la troisième,

2. « *La psychothérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration théorique et pratique du soin psychiatrique utilisant de manière ordonnée à des fins psychothérapeutiques le lieu d'échanges et de rencontres où est accueilli et traité le malade.*

Ce mouvement est né dans les hôpitaux psychiatriques français au sortir de la seconde guerre mondiale, dans une conjoncture politique et socioculturelle soucieuse de dignité humaine et de démocratie.

Ses principes sont issus d'une part, de la reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile dénommé hôpital psychiatrique en 1937 – qui avait conduit à l'écrasement de l'existence du malade – et d'autre part, de la reconnaissance de la singularité de la personne et de la subjectivité de la souffrance psychique.

Dès lors, la psychothérapie institutionnelle articule une double dimension: sociologique et psychanalytique. Elle préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant visant à mettre en place un système de médiations symboliques favorisant une dynamique des échanges.

Elle a induit une créativité au sein du monde hospitalier qu'elle a transformé, engendrant l'organisation actuelle de la psychiatrie publique de secteur: à l'intérieur d'un territoire géodémographique, une même équipe assure pour tous les malades une continuité des soins à l'aide de structure variées – comportant ou non des possibilités d'hébergement – et effectue un travail en direction de la population.

Progressivement, depuis les années 1980, on assiste à une remise en question de ses fondements, parallèlement à l'essor des neurosciences, à l'extension de la sphère du droit, aux restrictions budgétaires et aux nouvelles demandes adressées à la psychiatrie par le champ social et politique.

Ce contexte favorise l'émergence de modes objectifs et statistiques de compréhension de la maladie mentale, de définition même de celle-ci et du malade, aboutissant à l'apparition de pratiques se voulant plus rationnelles dans un souci d'efficacité.

On parle ainsi de crise de la psychiatrie. Le terme me paraît approprié car il s'agit bien d'un bouleversement des repères théoriques et cliniques antérieurs liés à des facteurs externes environnementaux et internes. Comme toute crise, elle peut déboucher sur plusieurs solutions: un pseudo-équilibre laissant les dysfonctionnements s'aggraver insidieusement avec renforcement des mécanismes de défense, une solution catastrophique où la psychiatrie ne répondrait plus à sa mission de soin ou une solution positive intégrant les contradictions et menant à un équilibre de niveau supérieur. »

Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle, Docteur Nicole Cano, Psychiatre des Hôpitaux. Hôpital de la Timone. F-13 Marseille

au volet légal et administratif et à l'éthique de la profession. Le programme consacré parallèlement à la médecine somatique et aux soins infirmiers était identique à celui des centres de formation d'infirmiers diplômés d'État (D.E.), d'après ce que j'ai constaté pour avoir suivi auparavant une première année de formation dans une école d'infirmière D.E.. La surveillante qui nous enseignait la pratique des soins infirmiers en psychiatrie venait d'une école D.E. Contrairement à une idée faussement accréditée pour justifier la disparition des infirmiers psy, ceux-ci n'étaient pas des « sous-infirmiers » ignares en matière de pratique infirmière, et les soins qu'ils dispensaient ne se bornaient pas à la partie du corps située au-dessus des sourcils: les patients en psychiatrie ne sont pas de purs esprits, ils ont un corps physique comme tout le monde et sont en proie aux mêmes pathologies que les autres.

* * *

En raison du secret professionnel auquel je suis tenue en tant qu'infirmière, ce recueil n'indique pas les identités des acteurs de ces faits, qu'il s'agisse de celles des patients comme des soignants. En outre, il importe de dire que l'hôpital concerné était alors, dans notre pays, un centre de soin de loin plus vivable que beaucoup d'autres, considéré comme avant-gardiste par rapport aux hôpitaux plus anciens. De plus depuis que ces textes ont été écrits, certains de leurs acteurs sont décédés. C'est pourquoi il n'est pas question ici d'attirer l'attention sur des individus donnés, mais de mettre en lumière des faits et des comportements, afin d'amener à leur compréhension, et de faire en sorte que les acteurs de ces événements ne soient pas oubliés, qu'ils ne les aient pas vécus en vain, et que leur exemple puisse éviter que d'autres subissent les mêmes traitements.

Le milieu hospitalier est un monde fermé au niveau informationnel. Si les soins dispensés se traduisent par un mieux-être des patients, il n'y a pas de problème. Mais quand l'hospitalisation a pour conséquence la dégradation physique et psychique, la privation de liberté et parfois la mort de gens, alors là il y a problème. Si les gens qui y travaillent, qui sont les seules personnes en mesure de disposer de l'ensemble des éléments relatifs aux faits qui s'y déroulent (documents administratifs, extraits de dossiers, etc.), ne témoignent pas alors de ce qu'ils observent, ils participent à une perversion du service public et contribuent à perpétuer et cautionner une telle situation.

Quand j'ai constaté la dichotomie existant entre le niveau des mots, la théorie qui m'avait été enseignée comme un savoir scientifique et que j'avais étudiée comme telle, et celui des faits, à savoir la réalité que pouvaient vivre certains patients, qui m'apparaissait intolérable et inacceptable, j'ai tenté dans un premier temps de changer les choses de l'intérieur. J'ai élaboré et mis sur pied un projet, basé sur les données de la sémantique générale d'Alfred Korzybski, la théorie de l'inhibition de l'action d'Henri Laborit et les concepts burroughsiens d'Académie et de Famille Johnson, qui visaient à répondre aux besoins humains des gens et à les amener à tirer parti de leurs capacités. L'entreprise, qui se concrétisa dans le groupe B 23, avec la complicité de William Burroughs et de Brion Gysin, réussit au-delà des espérances de départ, mais la hiérarchie y mit fin au bout de trois ans, considérant que ces résultats, pour le moins inattendus, remettaient en question l'ensemble de l'institution.

En réalité, ce projet avait été accepté par défaut car répondant aux consignes administratives venues du ministère, et ayant été le seul à avoir été proposé, mais il n'était pas du tout prévu au programme qu'il remplisse les objectifs thérapeutiques fixés. Quant à obtenir de meilleurs résultats auprès des patients, et à proposer des alternatives de prise en charge moins onéreuses que celles prévues par les gestionnaires pour « faire des économies », c'était d'une part impensable venant de simples infirmiers, et de toutes façon inacceptable par l'institution.

Je tentai dans un deuxième temps d'utiliser ma fonction pour intervenir en faveur de certains patients en difficulté auprès des différents niveaux de la hiérarchie, pensant naïvement que ce qui m'était intolérable à moi le serait aussi aux gens concernés, qui avaient le pouvoir d'influer pratiquement sur le sort des hospitalisés plus que je ne pouvais le faire. J'ai alors constaté qu'il n'en était rien, et j'ai vu s'effondrer au cours de ces années toute la réalité des discours sur les droits de l'homme, l'éthique médicale, les devoirs du service public envers les administrés, etc., réalité en laquelle j'avais cru et que j'avais vécue jusque-là. J'ai abouti à la conclusion, après avoir épuisé les moyens dont je disposais, qu'il n'existait à l'intérieur d'un tel système aucune porte de sortie. La situation m'est alors apparue absurde et désespérée. Or je ne croyais pas à l'absurde; j'ai alors émis l'hypothèse que pour en sortir, il devait exister des solutions qui n'avaient pas été envisagées jusqu'ici, et j'ai décidé de rester dans la place jusqu'à ce que je comprenne ce qui s'y passait exactement, en utilisant pour ce faire l'ensemble des moyens dont je disposais. M'aidant de la sémantique générale, d'un appareil photo, d'un magnétophone et des données tirées des livres de William Burroughs sur les systèmes de contrôle, j'enquêtai pour mon propre compte sur les facteurs de dégradation, adoptant à leur égard une attitude similaire à celle du biologiste envers des virus dans son laboratoire, passant implicitement du statut d'infirmière à celui d'agent burroughsien. Cette tactique eut pour effet de rendre ma situation mentalement bien plus confortable: extérieurement celle-ci n'était pas modifiée, mais ce changement d'attitude intérieure me permettait de cesser de subir, d'acquérir une certaine maîtrise de la situation tout en réduisant l'impact émotionnel des agressions. Ainsi, dans le chapitre *Évaluation*, qui est la retranscription d'un enregistrement d'un entretien avec le médecin-chef et le surveillant-chef, l'utilisation du magnétophone, dont ils ignorent l'existence, modifie radicalement le rapport de force, le transformant à mon avantage en un rapport d'intelligence. J'ai profité de mes observations et expérimentations dans ce contexte pour écrire parallèlement *Des systèmes de contrôle: Techniques de contrôle et stratégies de non-contrôle* (Interzone Éditions).

Psychiatrie, le Carrefour des Impasses, résultat de ces investigations, était la seule possibilité d'action à ma portée qui n'ait pas été préenregistrée, prévue, ni incluse comme donnée par le système psychiatrique. "Castaneda décrirait cela comme une irruption soudaine du Nagual, l'inconnu, l'imprévisible, dans le Tonal, qui est la totalité du film préenregistré. Ceci va à l'encontre des lois les plus fondamentales d'un univers prévisible et orienté par le contrôle. Introduisez un facteur imprévu et par conséquent imprévisible, et toute la structure s'effondre comme un château de cartes." W. Burroughs

Ces écrits permettent de considérer ces événements avec recul, ce que n'ont pas eu la possibilité de faire les acteurs de ce livre au moment où ils les vivaient, quelques soient leurs fonctions. Ils permettent d'observer l'enchaînement des événements dans leur contexte jusqu'à leur issue dramatique, et de constater que cet enchaînement et cette issue ne résultent pas tant de la volonté d'individus

donnés que de la conjonction de divers facteurs en interaction à différents niveaux: facteurs idéologiques, politiques, économiques, institutionnels, structurels, relationnels, sémantiques, etc., dont personne n'a conscience et qui conditionnent le mode de pensée et de comportement de ces acteurs à leur insu. L'issue dramatique n'est pas prévisible au départ et il n'existe pas, au niveau des soignants ni des équipes médicales, de volonté délibérée de provoquer ces événements, pas de conscience des conséquences des actes ni des mécanismes qui les engendrent, et en raison de cette inconscience, pas de volonté non plus d'empêcher leur survenue. Chacun est pris dans un rythme incessant de tâches disparates à accomplir, qui monopolisent l'attention et émoussent la perception. Chaque niveau de la pyramide raisonne selon une logique, un savoir et une grille de pensée propres à sa formation, et dont certains aspects sont en contradiction avec ceux des autres niveaux, d'où l'impossibilité pour ces niveaux de communiquer véritablement.

Un jour un vieux surveillant, qui avait vécu la période de l'ouverture des asiles après la deuxième guerre mondiale, disait qu'il avait fallu que des soignants vivent eux-mêmes l'expérience des camps nazis pour réaliser les similarités des conditions d'enfermement entre ces camps et les asiles. Ce dont ils n'avaient pas conscience avant d'être eux-mêmes passés par là dans la mesure où ils ne s'identifiaient pas à leurs patients leur est après coup apparu intolérable. Et ce surveillant déplorait le fait que les soignants des jeunes générations, formés à des savoirs théoriques, n'ayant pas eu cette expérience personnelle de l'enfermement, pouvaient reproduire des attitudes et des comportements asilaires envers des gens qui leur étaient présentés avant tout comme des objets d'étude et auxquels ils ne s'identifiaient pas au niveau humain, une telle identification étant considérée comme sortant du cadre de la "neutralité bienveillante" que le thérapeute est tenu d'observer à l'égard des patients, et à ce titre, comme anti-thérapeutique.

Il n'est donc pas question ici de faire le procès de quiconque, mais de confronter le niveau des mots à celui des faits, afin de mettre en lumière des mécanismes de pensée et de comportements générateurs d'oppression dans un milieu donné, et d'engendrer une réflexion à leur sujet ainsi que sur les postulats qui les sous-tendent. En raison de la similarité de structure des services publics, ils ne sont pas spécifiques du milieu psychiatrique et peuvent être également observés dans d'autres branches de ces services (police, gendarmerie, milieu carcéral, éducation, etc.). Aussi les techniques utilisées ici pour les mettre en lumière sont également applicables aux agents de ces services qui se sentent confrontés à une situation similaire à la mienne.

Le procès de Maurice Papon qui s'est achevé au moment où j'écrivais la première version de ce livre, a statué sur sa culpabilité en tant que préfet du régime de Vichy durant la deuxième guerre mondiale, jugeant condamnables la compromission de l'administration et sa participation dans les crimes alors commis sous la pression de l'envahisseur nazi, et incompatibles avec des valeurs républicaines et démocratiques. *Psychiatrie, le Carrefour des Impasses* met en lumière des comportements similaires et une logique similaire, quatre décennies plus tard, en temps de paix, remettant en question une structure et des modes de pensée qui les génèrent, et par là-même, la légitimité de la condamnation de Maurice Papon: de quel droit condamnerions-nous un homme pour des comportements que nous adoptons nous-mêmes ? Qui sommes-nous pour juger ? Ou sont les "leçons de l'Histoire" que nous sommes censés tirer de ce proche passé quand nous sommes incapables de nous confronter aux conséquences de nos propres actes, autrement

dit, irresponsables? Qu'entendons-nous par "coupable", si ce n'est le rejet d'une faute sur ce passé pour mieux nier le présent ?

J'ai rajouté dans une troisième partie des documents de recherche offrant des portes de sorties à différents niveaux à ce carrefour des impasses :

- Une alternative au travail en institution,
- Une méthode simple pour se débarrasser des cauchemars,
- Des pistes de résolution des problématiques dans lesquelles est enfermée notre civilisation,
- Une hypothèse sur des perturbations métaboliques à l'origine des troubles bipolaires.

Le titre de ce livre est une traduction de *The Place of Dead Roads* de William Burroughs, (publié sous le titre *Parages des Voies Mortes*, chez Christian Bourgois). "Un écrivain est un espion dans le corps de quelqu'un", a écrit un jour celui-ci, citant Jack Kerouac. *Le Carrefour des Impasses* est une expérimentation, à plusieurs niveaux, des techniques et des concepts développés et décrits par Burroughs et son collaborateur et ami Brion Gysin, sans le travail et le soutien desquels le groupe B 23, qui fut un des volets de cette expérimentation, n'aurait pu exister. Il est une application des fonctions de l'écriture qu'ils ont utilisées:

1. **Fonction symbolique du langage (Korzybski)**: « *Un mot est un symbole, un signe qui représente quelque chose. S'il ne représente pas quelque chose, il devient alors non plus un symbole, mais un signe dépourvu de sens... La transmission, à un auditeur peu soupçonneux, de bruits à la place de mots ou de symboles, doit être considérée comme une fraude.* » ([Science and Sanity - Du symbolisme](#))

2. **Fonction de time-binding** (Korzybski): qui consiste à relier l'auteur et le lecteur à travers l'espace-temps: quand je lis un texte, je suis reliée à son auteur au moment et à l'endroit où il l'a écrit.

3. **Fonction magique**, décrite et expérimentée par Brion Gysin et William Burroughs, qui consiste à **créer la réalité**: "L'écriture sert à faire arriver les événements." (Brion Gysin): "Mektoub, c'est écrit.": un écrivain écrit un scénario de la réalité que ses lecteurs peuvent ensuite actualiser dans leur propre vie, et créer ainsi leur réalité.

4. A travers le lien qu'elle crée entre l'auteur et le lecteur, l'écriture instaure une **collaboration** entre ceux-ci, qui produit, en fonction du principe de non-additivité mathématique, un phénomène appelé par BURROUGHS et GYSIN le "**tiers esprit**": en matière de coopération humaine, 1+1=3.

"Gysin: ... lorsque vous associez deux esprits...

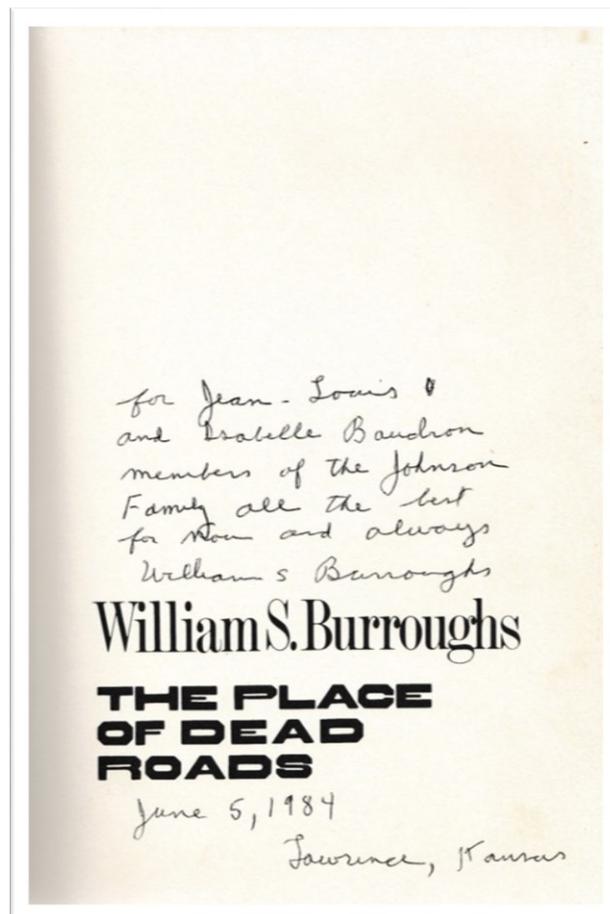
Burroughs: ... Il y a toujours un tiers esprit...

Gysin: ... Un tiers esprit supérieur...

Burroughs: ... Comme un collaborateur invisible."

*(Œuvres Croisées, titre original *The Third Mind*)*

Merci à eux, membres de la Famille Johnson³, d'avoir rendu cette aventure possible et du rôle qu'ils y ont joué. Merci également aux Docteurs Jean-Pierre Verrier et Bernard Lafond, ainsi qu'au directeur de l'école, Clovis Durand, auxquels je dois la qualité de la formation qu'ils m'ont dispensée et le respect des patients qu'ils m'ont transmis, ainsi qu'à Roger Gentis, et Francis Jeanson qui m'ont encouragée dans la rédaction de ce livre et dont les ouvrages m'ont servi de référence pendant mon parcours en psychiatrie.



3. "La Famille Johnson" était une expression du tournant du siècle pour désigner de sympathiques oisifs et de bons larrons. Elle a été élaborée en un code de conduite. Un Johnson respecte ses engagements. C'est un homme de parole et on peut traiter avec lui. Un Johnson s'occupe de ses propres affaires. Ce n'est pas un fouineur ni un pharisien ni un fomentateur de troubles. Un Johnson donnera un coup de main quand on a besoin d'aide. Il ne restera pas planté quand quelqu'un se noie ou est bloqué dans une voiture en feu." William Burroughs, Introduction de *The Place of Dead Roads. Parages de Voies Mortes*, Christian Bourgois.

Extraits du Journal Officiel de la République Française

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières:

Art. 2 - L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient.

Art. 4 - Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

Art. 6 - L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Art. 7 - Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Art. 26 - L'infirmier ou l'infirmière agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.

PREMIÈRE PARTIE

1984-1987

Objectifs, 1984-1987

Un journal...

L'intégralité des numéros d'*Objectifs* contient 264 pages, qu'il était impossible de reproduire dans ce livre. Ne sont publiés ici que les documents relatifs au projet mis en place et les comptes rendus d'activités à l'intention des soignants susceptibles de s'en inspirer. La totalité des numéros est disponible en pdf dans le site d'Interzone Éditions à <http://www.interzoneeditions.net/Int%C3%A9grale-Objectifs-2016.pdf> .

Dans des versions précédentes de ce livre, j'avais recopié ces articles sur ordinateur, afin de corriger les fautes d'orthographe, coquilles, etc., contenues dans la version papier d'origine, mais j'ai finalement choisi de reproduire les pages de celle-ci, plus fidèles à l'état d'esprit et au travail commun de ses participants, et en raison de l'aspect esthétique et humoristique du magazine, dont une version plus lissée n'aurait pu rendre compte.

...Pour un projet

Les activités développées dans ce contexte n'étaient pas, loin s'en faut, les seules mises en place à l'hôpital: depuis des années des sorties et séjours d'une semaine à l'extérieur étaient organisés, l'établissement jouissait d'un centre social doté d'une équipe qui animait avec des patients une cafeteria, un restaurant, et de nombreux ateliers. Mais ce projet est, à ma connaissance, le seul à avoir été élaboré en France à partir de la sémantique générale de Korzybski.

Comme spécifié dans l'introduction, il a été réalisé à la demande de la hiérarchie administrative et médicale, dans le contexte du ministère de Jack Ralite qui voulait donner aux équipes soignantes de terrain la possibilité de mettre sur pied des projets pour les jeunes patients chroniques dont ils s'occupaient tous les jours. Le fait est qu'en psychiatrie, les soignants côtoyaient alors une grande part des patients pendant des années, certains étant arrivés à l'ouverture de l'hôpital. Les infirmiers passaient donc un quart de leur temps de vie en leur compagnie ; à noter que dans les années quatre-vingt dans cet hôpital, il n'y avait pas d'aides-soignantes ni d'agents de services, et les agents d'entretien ne s'occupaient que des parties communes, le ménage de chambres étant réalisé par les infirmiers, avec la participation des hospitalisés autant que faire se pouvait.

Le fait est qu'étant le seul projet présenté, il a été accepté par défaut, mais avec l'appui de la direction d'alors, chargée d'appliquer les directives venues d'en haut, d'évaluer la validité des propositions et de fournir les moyens de leur application. Pratiquement, elle a permis la publication d'*Objectifs* en mettant sa photocopieuse à disposition de l'équipe du journal, dont l'impression était réalisée par des hospitalisés et un infirmier.

Le but de l'entreprise ne consistait pas tant à « soigner » qui que ce soit qu'à mettre sur pied une structure de relation au sein du groupe similaire à celle de

l'organisme humain, inspirée des travaux d'Henri Laborit sur la structure des organismes vivants, et susceptible a priori de convenir à tout le monde. L'objectif était avant tout éducatif, et la participation des soignants et des patients reposait sur le volontariat.

Il s'agissait d'un projet expérimental: la sémantique générale était la seule grille dont je disposais qui me paraissait permettre d'amener les patients à un état de mieux être et d'autonomie. Or, dans les années quatre-vingt, cette discipline était parfaitement inconnue dans notre pays. L'Institute of General Semantics (IGS) aux États-Unis, dont je suis devenue membre en 1986, ne comprenait alors, à part Gaston Bachelard⁴ et Henri Laborit⁵ qui en étaient membres honoraires, que cinq personnes en France. En psychologie, elle avait donné lieu à la démarche systémique. Je correspondais avec Charlotte Read, l'assistante de Korzybski qui dirigeait alors l'institut, au sujet de cette application dans le contexte d'un hôpital. Elle travaillait alors sur le livre *General Semantics in Psychotherapy* avec la psychologue espagnole Isabel Caro, de l'Université de Valence. J'avais commencé à traduire le *Séminaire de Sémantique Générale 1937*⁶, d'Alfred Korzybski; la seule publication alors disponible en français de cet auteur était un opuscule publié par l'IGS, *Le Rôle du Langage dans les Processus Perceptuels*. J'avais traduit auparavant le livre de Victor Bockris, *Avec William Burroughs- Notre Agent au Bunker*, publié en 1985 aux éditions Denoël.⁷

Dans un tel contexte, la circonspection de la hiérarchie médicale devant nos références à cette discipline inconnue était inévitable, et tout à son honneur, alors que parallèlement à la psychiatrie se développaient des structures mises en place par des organisations qui, sous couvert de lutte contre les abus en psychiatrie et de défense des victimes de ces abus, étaient en réalité impliquées dans la manipulation mentale, l'escroquerie et l'abus de faiblesse des malades mentaux.⁸

Nous ne pouvions donc pas anticiper les résultats de ce projet: les bases théoriques paraissaient fiables, mais encore fallait-il les confronter aux faits, les appliquer pratiquement, pour voir si ces résultats confirmeraient les hypothèses de départ. Nous ne pouvions pas savoir à l'avance qu'ils dépasseraient nos attentes au niveau thérapeutique: les patients qui y ont participé ont pris conscience de leurs

4. Voir *Gaston Bachelard And Korzybski*, de Bruce Kodish, dans son site *Korzybski Files*, en ligne à <http://korzybskifiles.blogspot.com/2009/02/gaston-bachelard-and-korzybski.html>.

5. Voir Henri Laborit: Alfred Korzybski Memorial Lecture 1963: THE NEED FOR GENERALIZATION IN BIOLOGICAL RESEARCH: ROLE OF THE MATHEMATICAL THEORY OF ENSEMBLES <http://www.generalsemantics.org/wp-content/uploads/2011/04/gsb-30-31-laborit.pdf>, Henri Laborit, MD Centre d'Etudes Expérimentales et Cliniques de Physio-Biologie, de Pharmacologie et d'Eutonologie de la Marine Nationale, Paris, France (Institute of General Semantics).

6. Voir *SÉMINAIRE DE SÉMANTIQUE GÉNÉRALE 1937 - Transcription des Notes de Conférences de Sémantique Générale Données à Olivet College*, première édition 2008, seconde édition mise à jour et augmentée 2018, Interzone Editions <https://www.interzoneeditions.net/korzybski/>.

7. Voir *Le Temps des Naguals – Autour de Burroughs et Gysin*, <https://www.interzoneeditions.net/naguals/> Interzone Editions, en ligne dans [le site en pdf](#).

8. Voir à ce sujet le *Rapport N° 480 du Sénat au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé*, entre autres sur la « Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme », dont la dénomination trompeuse dissimule les liens de cette organisation avec la scientologie <https://www.senat.fr/rap/r12-480-1/r12-480-11.pdf>

capacités personnelles, ont repris confiance en eux et ont cessé de s'identifier à la seule image de malades mentaux pour acquérir la notion de leur citoyenneté.

« Tournant gestionnaire »: le bilan

Sur le plan financier, il en est ressorti, ce qui était également inattendu, qu'il était possible de mettre en place pour les jeunes hospitalisés des méthodes moins onéreuses que l'hospitalisation chronique, ce qui, a priori, correspondait aux objectifs théoriques affichés par l'administration pour justifier les restructurations des années quatre-vingt. Mais au bout du compte, en fait d'économies, les dépenses engagées par celle-ci à partir du « tournant gestionnaire » se sont révélées a posteriori coûter en réalité éminemment plus cher que le mode de gestion précédent, en raison du détournement de l'argent public vers des acteurs privés (sociétés de services informatiques et leurs nombreux sous-traitants, laboratoires pharmaceutiques, multiplication de niveaux administratifs qui n'existaient pas auparavant, formations managériales diffusées par des sociétés multiples et occultes, « sécurisation » des établissements psychiatrique, etc.), dont les objectifs réels se limitaient à leurs propres intérêts financiers, au détriment des objectifs thérapeutiques, et des services publics dont ils venaient grossir les dépenses tout en les privant des moyens nécessaires à leur bon fonctionnement.

Dans ce nouveau contexte, les soignants et les patients sont passés sans transition du statut d'acteurs de la psychiatrie à celui de « ressources », de « capital humain », réduits à de simples sources de profits, au bénéfice de l'administration. Sous prétexte de « lutter contre le pouvoir médical », cette dernière a départi les médecins de tout pouvoir de décision sur les projets thérapeutiques au sein des services dont ils assuraient la chefferie, et sur la gestion du personnel soignant avec lequel ils travaillaient, au profit des cadres de santé, érigés au rang de professionnels de l'autorité. D'où un changement radical dans la nature même de l'autorité, dans la mesure où les hiérarchies basées sur les compétences et les connaissances médicales ont été remplacées par des hiérarchies de dominance basées sur des intérêts financiers au mépris des précédentes.

Le « tournant gestionnaire » a eu également des conséquences dramatiques sur le plan de la recherche médicale: les découvertes du Professeur Laborit dont ce projet était une application, concernaient la structure des organismes humains, l'inhibition de l'action, et les réactions de ces organismes en situation d'agression. Dans le domaine de la pharmacologie, il avait mis au point la minaprine, commercialisée en France dans les années quatre-vingt sous le nom de Cantor, un inhibiteur de l'inhibition qui était prescrit dans le service où je travaillais à des personnes âgées dépressives. Dépourvu d'effet secondaire, ce médicament n'entraînait pas d'addiction, et son efficacité semblait, pour autant que je pouvais le constater, bien supérieure aux cures de tofranil / anafranil en perfusion, diminuant le temps d'hospitalisation de 2 mois à deux semaines.⁹

Or, lors d'un congrès médical organisé pour la présentation de ce médicament, Laborit clama haut et fort qu'il s'agissait du « premier médicament qui

9. Voir le chapitre *Sur la Minaprine Agr 1240 (Cantor)* tiré de *l'Alchimie de la Découverte*, par Henri Laborit et Fabrice Rouleau, en ligne à www.interzoneeditions.net/alchimie_d%C3%A9couverte.pdf

permettait de botter le cul de son patron. »¹⁰ Cette déclaration fut peu appréciée des professionnels américains, qui, considérant le Cantor comme un concurrent du Prozac, en firent interdire sa commercialisation par la Food and Drug Administration dans les années quatre-vingt-dix.

Ainsi les découvertes d'Henri Laborit étaient-elles incompatibles avec les fondements de la « nouvelle gestion publique » et indésirables dans ce contexte. De médiatisé qu'il était au début des années quatre-vingt, à travers ses livres et le film d'Alain Resnais *Mon Oncle d'Amérique* qui illustre les mécanismes et conséquences de l'inhibition de l'action, il a disparu des médias et ses recherches ont été détournées:

- a) Dans la gestion des ressources humaines, où les modélisations adoptées par les sociétés de services informatiques consistaient à mettre les salariés en situation d'agression, en inhibition de l'action, en commençant par les services de santé, et particulièrement de psychiatrie, ciblé comme le maillon faible.
- b) Dans la recherche pharmaceutique, où la minaprine a été remplacée par des psychotropes addictifs, prescrits pour certains à vie, privant les gens confrontés à ces conditions d'agression de bénéficier des avancées de la recherche française publique qu'ils avaient financée, les maintenant dans une situation de dépendance et de soumission.

Dans le domaine de l'emploi, cette gestion a engendré

- une réduction des personnels soignants,
- la disparition de l'enseignement des domaines de connaissances spécifiques et indispensables des infirmiers en psychiatrie, dont l'étude des comportements pathologiques et de la nosographie psychiatrique¹¹, qui étaient conformes aux normes européennes de la spécialisation en psychiatrie,
- une déprofessionnalisation des gens formés (infirmiers de secteur psychiatrique, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, etc.) au profit des cabinets de développement personnel, de coaching et de conseil,
- ainsi qu'un accroissement des personnels administratifs et de secteurs d'activités non inclus comme données dans les cartes officielles de l'économie.

Au niveau du coût des formations professionnelles, elle a entraîné le remplacement des études gratuites, non soumises à une sélection à l'entrée (études d'infirmières, d'aides-soignantes), et dont le nombre d'élèves était en adéquation avec les besoins en personnel des établissements hospitaliers, par des concours d'entrée payants écrits et oraux aux écoles d'infirmières et une sélection drastique obligeant les candidats à s'inscrire dans plusieurs écoles et à déboursier autant de frais d'inscription, sans aucune certitude d'être admis dans une école au bout du compte.

10. Ces propos m'ont été rapportés par la psychologue Mireille de Moura qui assistait à ce congrès.

11. Voir le programme d'études des infirmiers de secteur psychiatriques dans le site « Psychiatrie infirmière » <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/programme/isp.htm>

Ce système de sélection a également donné lieu à la création de classes préparatoires aux études d'infirmière, payantes, consistant en une mise à niveau d'une durée d'un an pour pouvoir passer le concours, facturée aux alentours de 2000 € pour l'année. Quant au coût des études elles-mêmes, il est de 4000 € pour l'année d'études d'aides-soignantes, et, pour les infirmières, il varie entre 3 500 € et 11 000 € par année de formation¹², soit entre 10 500€ et 33 000 € pour les trois années d'études sans redoublement, selon les régions, les établissements, et d'autres facteurs non explicités susceptibles de justifier la différence des coûts d'un établissement à l'autre.

En résumé, « *entre la préparation au [concours infirmier](#) par un organisme privé, le passage de 3 à 5 concours et le coût de la rentrée en IFSI, au total, un ESI qui rentre en première année d'IFSI débourse en moyenne 4 948,95 euros.* »¹³

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, sont apparus des modèles de management reposant sur des méthodes utilisées parallèlement par des organisations sectaires et dénoncées par les commissions d'enquêtes sur les sectes et la Miviludes: entre autres le harcèlement et la mise au placard, calqués sur la « propagande noire » de la scientologie à l'égard des personnes qu'elle désigne comme « suppressives », l'introduction, dans la formation des cadres, de critères managériaux divers reposant sur des représentations du psychisme humain dépourvues de toute validité scientifique, sur de prétendues « bases de personnalités », dont le nombre varie au gré de l'imagination des inventeurs de ces « modélisations »: 6 pour la PNL, 9 pour l'ennéagramme, 16 pour le "Myers Briggs type indicator" (ou MBTI), etc. J'ai ainsi entendu un beau jour, venant d'une experte en PNL et en ennéagramme chargée de former les cadres de santé de la fonction publique qu'en tant qu'infirmière, je faisais partie des « bases 2 », ainsi que les autres professions à « vocation altruiste » (policiers, gendarmes, assistants sociaux, pompiers, etc.), ce qui signifiait, selon cette théorie, que nous étions censés être « incapables de désobéir aux ordres, incapables de nous défendre, et qu'il était possible à partir de là de nous imposer des conditions de travail invivables, qui n'auraient jamais été tolérées par les autres bases de personnalité. »

Les écoles de cadres apparues dans ce contexte, structurellement similaires à celles créées sous le gouvernement de Vichy par le maréchal Pétain sous l'occupation, ont supprimé les personnels cadrés des services, les privant de leur fonction soignante et du rôle important qu'ils jouaient auparavant dans les prises en charges des patients avec les équipes soignantes et la formation sur le terrain des élèves infirmiers, pour les cantonner dans un rôle purement administratif de professionnels de l'autorité, au service d'intérêts uniquement gestionnaires. C'est dans ce contexte que sont apparues les « évaluations » du petit personnel, sur la base non plus de critères de qualité et d'efficacité des soins, mais de ceux du management, engendrant un gaspillage de temps, d'énergie et d'argent.

12. Source: le site infirmier.com: <https://www.infirmiers.com/admission-ifsu/devenir-infirmiere/le-financement-des-etudes-en-soins-infirmiers.html>

13. Source: le site actusoins.com: <http://www.actusoins.com/290501/cout-moyen-rentree-dun-etudiant-soins-infirmiers-seleve-a-plus-de-2570-euros.html>

L'accès aux écoles de cadres se fait sur concours. Quant au contenu de la formation de 10 mois qu'ils reçoivent, les intéressés qui l'ont suivie ont eu l'interdiction de communiquer à son sujet, ce contenu, ainsi que les conditions d'études, généralement en vase clos, devant demeurer secret et non divulgué au public.

Pour ce qui est du coût:

« A titre indicatif:

- *Droits d'Inscription 2018 - 2019: 243 € à titre indicatif (tarif universitaire niveau master)*
- *Frais de Scolarité 2019-2020 (formation cadre de santé et master): 11 552 euros »*¹⁴

En résumé, cette nouvelle gestion de la santé a entraîné pour les finances publiques et les professionnels de santé un ensemble de dépenses qui n'existaient pas auparavant, une baisse de leurs compétences, des contraintes multiples inutiles, des conditions de travail incompatibles avec les besoins physiques et psychiques de la population et la santé même de ces soignants, d'où l'effondrement de leur nombre, et l'accroissement du taux de mortalité et morbidité dans la santé publique.

Les arguments (« critères d'excellence », « bonnes pratiques », « ouverture aux idées nouvelles », « conduite du changement », etc.) avancés pour justifier une telle restructuration sont en réalité des prétextes fallacieux pour justifier ces détournements d'argent vers des secteurs d'activités aux intérêts inversement proportionnels aux besoins des citoyens en matière de santé, intérêts investis dans la déshumanisation de la santé publique. Ainsi l'argument qui justifie la sélection et les réformes du contenu des études d'infirmières par une nécessité de répondre aux normes européennes: dans les faits, aucune des limitations d'exercice imposées aux infirmiers en France (psy et infirmiers généraux) n'ont lieu d'être dans le cadre des normes européennes ; elles sont spécifiques à notre pays et limitées à celui-ci. En arrivant en Belgique pour y travailler en 2000, étonnée de voir que j'obtenais si facilement l'équivalence de mon diplôme d'infirmière de secteur psy, je me suis entendue répondre par l'agent de l'INAMI¹⁵ qui me délivrait cette équivalence, ainsi qu'un numéro d'INAMI indispensable pour travailler: « Mais madame, votre diplôme est conforme aux normes du diplôme européen. » Je tombais des nues ! Non seulement mon diplôme était reconnu de l'autre côté de la frontière, mais il équivalait au diplôme belge d'infirmier spécialisé en psychiatrie !

Comment se fait-il alors, sur un plan purement financier, que ces nouveaux gestionnaires aient purement et simplement balayé en France la formation et le diplôme d'ISP, qui selon l'ARS, n'ont plus aucune valeur¹⁶, alors que les trois ans

14. Source: Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille <http://ifcs.chru-lille.fr/PRESENTATION/index.html> .

15. INAMI: institut national d'assurance maladie-invalidité: institution publique de sécurité sociale, chargé entre autres de la validation des diplômes et de l'attribution d'un numéro d'INAMI pour les professionnels de santé.

16. Propos tenus en septembre 2012 par Madame Aliette Guthrin, Direction de la Stratégie, ARS Poitou-Charentes.

d'études étaient auparavant financés par l'État, pour lequel ils représentaient un investissement, d'une valeur de 2000 fr net par mois au début (1976) à 2400 fr à la fin, autrement dit d'une valeur totale comprise entre 72 000 et 75 000 fr (environ 11 000 €) par élève, donc à l'époque très correctement payées ?

Si l'on fait le compte des ISP qui sont partis, de ceux qui sont morts en court de route (15 décès dans l'hôpital où je travaillais, dont la moitié par suicide, sur un effectif total d'une centaine d'infirmiers), de ceux qui se sont retrouvés en longue maladie (dépression et cancers pour la plupart), pour tous ces gens, leur départ a privé l'État et les usagers de la santé publique qui ont financé ces études de tout retour sur investissement, engendrant une perte sèche. De quelles économies est-il question ici ? En termes d'économie réelle, cela ne s'appelle pas « faire des économies », mais « jeter l'argent par les fenêtres » ! Qui alors a contribué le plus à augmenter la dette publique ? Les soignants, ou les gestionnaires qui ont provoqué cette perte ?

Une étude comparative des dépenses en psychiatrie entre l'avant et l'après tournant gestionnaire serait édifiante.

Auparavant, le personnel de psychiatrie se limitait:

- aux infirmiers, surveillants, médecins-chefs, médecins assistants, internes, psychologues, assistants sociaux, secrétaires médicales, agents d'entretien.
- Le personnel administratif se résumait au directeur, au chef du personnel, au responsable du service de paie et aux secrétaires.
- Les dépenses, hors personnel, étaient limitées au niveau médical: par rapport aux autres services, les patients en psychiatrie ne coûtaient rien en comparaison de la chirurgie, cardiologie, radiologie, etc.

Après le « tournant », si les dépenses en personnel ont diminué, elles ont augmenté dans les secteurs suivants: la « dépsychiatisation » des cadres passés de soignants à administratifs, les investissements dans les programmes informatiques, la bureaucratie engendrée par le « dossier de soin informatisé » et les « évaluations », le temps considérable passé à les utiliser, les formations relatives aux nouvelles études d'infirmiers, aux écoles de cadres, aux nouvelles pratiques et nouveaux jargons managériaux, les contrats avec les sociétés privées prestataires de « services » qui les vendent, ainsi que leur cohorte de « sous-traitants », la multiplication du personnel administratif, l'apparition de niveaux administratifs occultes chargés de ficher les personnels soignants en fonction de leur soumission à la « nouvelle gestion publique » et d'éliminer d'emblée une partie des candidats à des postes soignants dès réception de leurs lettres de candidatures, les travaux au sein des services engendrés par la politique de psychiatrie sécuritaire (chambres de force, matériel de contention, fermeture des services, etc.) qui n'existaient pas auparavant, et ceci hors de tout critère thérapeutique: il serait intéressant de connaître la somme réelle de ces dépenses.

L'observation de l'évolution dans le domaine de la santé au cours des quatre dernières décennies démontre que les orientations de départ (1980) sont dans la continuité de celles qui ont suivi, qu'elles avaient pour but d'empêcher les soignants d'exercer leur métier, et, au niveau de la population, de priver celle-ci des moyens de se soigner correctement. En 2019, la dégradation des conditions de soins et de travail en psychiatrie et dans l'ensemble des services de santé engendre une grave

crise sanitaire¹⁷ et un mouvement de grève inédit dans toute la France. Si ces conséquences étaient imprévisibles pour les soignants dans les années quatre-vingt, elles étaient néanmoins prévues et programmées par les gestionnaires qui les ont depuis imposées progressivement au pays.

Une gestion de la santé ruineuse, incapable de répondre aux besoins de santé de la population, destructrice au niveau physique et psychique, autrement dit, dont les résultats sont inversement proportionnels à ceux que sont en droit d'attendre ses acteurs et ses utilisateurs, les soignants et les usagers de la santé, dans la mesure où ce sont eux qui les financent.

Culture du résultat ? Le problème en la circonstance est que s'il y a une chose dont les instaurateurs de cette gestion ne veulent pas entendre parler, ce sont bien les résultats réels, qui nécessitent, pour pouvoir être évalués correctement, d'être confrontés aux faits. Aux évidences qui leur sont présentées, il répondent par le déni, le silence, n'ayant alors à proposer que des « bonnes pratiques », de nouvelles mesures administratives, des commissions et des dépenses investies dans le seul secteur privé, accompagnées des réductions en personnel et en moyens réels chargées de les financer.

La « nouvelle gestion publique » a été élaborée sur la base d'un ensemble de manipulations sémantiques permettant une institutionnalisation du mensonge dans

17. Voir, la tribune du collectif « Nos vies d'abord », publiée par Mediapart le 21 juin 2019:

« Notre pays fait face à une grave crise sanitaire. Nous, professionnels de santé, de concert avec les institutions, les syndicats et les usagers, alertons depuis des années sur les dangers liés aux contraintes budgétaires imposées à tous les secteurs de la santé.

Les constats sont sans appel, les drames ne font plus exception. Des dizaines des nôtres se sont suicidés. Ce sont autant de familles, de proches et de collègues brisés. Dépression, anxiété, pathologies liées au stress, addictions, les enquêtes sur notre propre santé sont alarmantes.

Partout sur le territoire, nous avons le sentiment de devenir des robots à la chaîne, n'ayant plus le temps de soigner nos patients humainement. Il faut que vous le sachiez, nous n'avons plus les moyens de prendre correctement soin de vous.

Des patients décèdent en salle d'attente des Urgences. En l'absence de prise en charge rapide, la mortalité y augmente de près de 40% pour les malades graves. Pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de ville ou en centre médico-psychologique, pour être pris en charge aux urgences, pour être hospitalisé, les temps d'attente deviennent aberrants et dangereux.

Les temps de toilettes sont comptés, on bouscule nos aînés. Le temps manque pour accompagner les patients alités aux toilettes. Les plus vulnérables sont doublement punis, n'ayant d'autre choix que de "faire sur eux". C'est insupportable.

En psychiatrie, le recours à la contention et aux chambres d'isolement est devenu trop fréquent faute de soignants disponibles et de temps humain pour apaiser les situations de tension.

Notre métier perd son sens et son humanité, car nous sommes soumis aux injonctions contradictoires de "prendre soin" tout en étant "rentables, rapides, flexibles". La rentabilité est devenue le maître mot partout, censée légitimer des pratiques indignes. La technique remplace l'éthique. Chaque lit, chaque service, chaque maternité, chaque hélicoptère, chaque ligne de SAMU considérés comme non rentables sont menacés.

Combien coûtent les vies humaines ? C'est la question que nous posons. En vingt ans, 100 000 lits ont été fermés alors même que la population augmente et vieillit ; la moitié des maternités du pays également.

Devons-nous accepter que l'argent ait pris le pas sur l'humain ? Les vies sauvées et le respect de la dignité ne sont pas affaires de marché et de coûts financiers.

Il est temps de s'opposer aux choix budgétaires technocratiques, de décider de notre avenir et des investissements pertinents à faire pour mieux soigner, et de construire une véritable démocratie sanitaire. Nous, professionnels de santé de tous les secteurs, avons besoin de vous et appelons ce jour à la mobilisation citoyenne massive, car la dégradation de notre système de soin nous met toutes et tous en danger, professionnels comme patients. » Le Collectif - Nos Vies d'Abord.

tous les domaines de l'économie, et au cœur même des modèles managériaux utilisés.

Ainsi la méthode IGGACE ou « sémantique stratégique »¹⁸, utilisée en théorie pour détecter les fraudes au niveau des services sociaux, et qui repose sur le postulat que « *tous les hommes sont menteurs* », accreditant une conception de l'homme comme fraudeur par essence, selon laquelle le mensonge serait « *une disposition naturelle de l'homme* ». Cette méthode est une reprise de l'antique **paradoxe d'Épiménide ou du menteur**¹⁹

En réalité, cette théorie est utilisée pour truquer les chiffres et priver des allocataires des services sociaux de leurs indemnités, des pensionnés d'une partie de leur retraite, des malades du remboursement de leurs allocations et de leurs pensions, etc. Autrement dit, ces modèles de détections des fraudes n'ont pas été instaurés dans un souci d'équité, pour remplir les fonctions qui sont leur raison d'être, mais afin de légaliser et d'institutionnaliser à l'échelle du pays, des fraudes permettant de priver les citoyens de leurs droits légaux en le détournant l'argent dont ils auraient dû bénéficier.

Se pose alors une question de cohérence, face à l'incapacité des responsables économiques et politiques à remplir les fonctions de service public pour lesquels ils sont payés et leur déni devant les conséquences humaines de leurs décisions. Les seules réponses qu'ils apportent sont le montant des sommes qu'ils investissent. Or ces sommes ne sont pas investies pour répondre aux besoins humains réels en matière de santé, mais dans l'intérêt des sociétés privées partenaires. Or des décisions nuisibles en matière de santé publique, prises au-dessus des professionnels concernés, en mettant ces derniers devant le fait accompli, n'engageraient alors non pas des représentants du peuple élus par celui-ci, censés œuvrer à son service et en concertation avec celui-ci, mais des

18. Cf la [FICHE D'INFORMATION GENERALE SUR L'INTELLIGENCE SEMANTIQUE](#) et la [FICHE D'INFORMATION TECHNIQUE SUR L'INTELLIGENCE SEMANTIQUE](#) ou méthode IGGACE, & Libération,; [Allocations familiales: les conseils policiers contre «l'individu mensonger»](#) <http://contrejournal.blogs.liberation.fr/2008/09/18/allocations-fam/>, François Meurisse, 18 septembre 2008.

19-[«] Nous commençons par le "père" de tous les paradoxes logiques, le plus ancien d'entre eux: le paradoxe d'Epiménide (ou du menteur). Historiquement, on attribue au poète Epiménide (vers le VI^{ème} siècle avant J.-C.) la déclaration suivante: "Tous les Crétois sont des menteurs" (1)

Mais Epiménide est lui-même un Crétois. C'est donc un menteur, et il n'est pas exact que tous les Crétois soient des menteurs... L'affirmation (1) se contredit donc elle-même. Toutefois, ce n'est pas la version la plus aiguë du paradoxe. En effet, la négation de l'assertion d'Epiménide n'est pas auto-contradictoire. Si Epiménide a menti, certains Crétois ne sont pas des menteurs --- ce qui n'empêche pas Epiménide d'en être un lui-même. Le cercle vicieux disparaît, d'autant plus facilement que la définition du menteur est vague: un menteur n'est pas censé préférer uniquement des mensonges --- tâche épuisante.

L'essence du paradoxe réside dans un énoncé qui affirme lui-même sa propre négation. Une version plus élaborée consiste à affirmer simplement "La présente phrase est fausse" (appelé paradoxe d'Eubulides), ou de manière encore plus concise: "Je mens". De tels énoncés sont dits autoréférents. Dans ces cas-là, impossible d'échapper à la circularité, que l'on suppose l'affirmation vraie ou fausse.

La seule façon satisfaisante de résoudre ces problèmes consiste à prendre des dispositions pour interdire la formation de tels énoncés. Toutefois, l'autoréférence prend parfois une forme plus technique qui la rend difficile à déceler. Pire encore, elle se cache au cœur de certaines notions mathématiques... » <http://math.pc.vh.free.fr/divers/paradoxes/epiménide.htm>

représentants d'intérêts privés structurellement opposés à l'intérêt public, ne représentant qu'eux-mêmes, et de ce fait, dépourvus de légitimité.

Une psychiatrie de rechange ?

En conclusion, et pour en revenir au projet mis sur pied dans les années quatre-vingt, les résultats obtenus lors de son application étaient d'une part intolérables aux responsables de ce management dans la mesure où ils mettaient en lumière leur incompetence, et d'autre part incompatibles avec l'idéologie managériale. Toutefois, ces résultats ont eu le mérite de démontrer qu'une psychiatrie humaine, efficace et peu onéreuse est possible, et que sa mise en place ne dépend que des soignants désireux de s'y investir.

Deux précisions ici:

1. J'ai utilisé la sémantique générale pour l'élaborer, mais d'autres soignants ont mis sur pied d'autres expériences sans elle, qui sont tout aussi valables et sur des bases qui me paraissent assez proches et avec des résultats comparables sur le plan humain.
2. Si cette discipline m'a permis de prendre du recul par rapport aux dogmes de la nosographie enseignée, en confrontant celle-ci aux faits à travers l'observation des patients côtoyés tous les jours, en revanche elle m'a paru complémentaire des « outils » indispensables qui m'ont été transmis durant mes études, et que j'ai continué d'utiliser par la suite en psychiatrie, puis en tant que psychothérapeute (2003-2016).

La psychiatrie institutionnelle, la démarche psychanalytique, l'expérience des membres de l'équipe d'enseignants, des psychiatres, des surveillants et des autres infirmiers, leur connaissance des maladies mentales, des patients, et de l'évolution de la psychiatrie après la deuxième guerre mondiale avec l'ouverture des asiles dont certains avaient été acteurs, leur pratique des prises en charge dans le cadre d'une équipe soignante, etc., ont constitué ces outils indispensables, et en aucun cas la sémantique générale n'aurait pu les remplacer. Toutefois elle m'a été très utile dans la compréhension des problématiques, me permettant d'effectuer une déstructuration à travers la détection des faux postulats sur lesquels elles reposent, puis une restructuration à travers la formulation de nouveaux postulats similaires aux faits.

Ce sont les mêmes bases de ce projet que j'utiliserai à la fin des années quatre-vingt-dix pour gérer le réseau de lecteurs de William Burroughs Interzone (1997-2013), dans un contexte artistique et littéraire et hors de toute institution²⁰. Ces deux expériences humaines, le groupe B 23 et Interzone, avaient la même structure; leurs résultats ont été similaires.

C'est pourquoi je pense que les querelles de chapelles entre les différentes approches n'ont pas lieu d'être: ce sont des outils différents, dont les résultats

20. Voir le portail des sites d'Interzone www.inter-zone.org/ et les rapports d'activité <https://sites.google.com/site/aubertisa/>

dépendent avant tout de leurs utilisateurs, de leur sens éthique, de leur respect des gens qu'ils soignent et de leur aptitude à les adapter à ces derniers: nous sommes au service des patients, c'est à nous de nous adapter à eux, et non à eux de s'adapter à nos outils, quels qu'ils soient, la seule fonction et la seule valeur de ces outils consistant à permettre d'amener ces patients à un état de mieux être et d'autonomie.

Mais que vient faire William Burroughs en psychiatrie ?

J'ai découvert les livres de William Burroughs dans un contexte professionnel, durant mes études d'infirmière psy, grâce à un jeune patient diagnostiqué comme schizophrène, qui me répétait sans cesse comme un leitmotiv « William Burroughs – Nova Express – Soft Machine ». Au bout de quelques temps j'ai voulu voir ce à quoi il faisait allusion et j'ai acheté un livre de cet auteur pour comprendre ce qu'il représentait pour lui. En fait, les livres de Burroughs parlaient de la vie que ce patient avait eu avant son hospitalisation, ils étaient le seul modèle d'identification valorisant auquel il pouvait se référer dans une société qui lui renvoyait l'image d'un réprouvé.

Ensuite le livre *Junky* m'a permis de mieux comprendre le monde des toxicomanes, à un moment où je rédigeais mon mémoire de diplôme sur la prise en charge d'un autre patient, héroïnomane ²¹

Puis je me suis intéressée à la cure d'apomorphine grâce à laquelle Burroughs disait avoir décroché de l'héroïne en l'espace d'une semaine. J'ai rencontré celui-ci à New York en mars 1981 à ce sujet, voulant en savoir plus sur cette cure et avoir également ma propre perception du personnage: sur la base de ce que j'en avais lu, j'appréhendais d'avoir affaire à un démagogue et à un auteur imbu de lui-même, ce qu'il n'était pas du tout en fait: le Burroughs réel n'avait rien à voir avec les clichés véhiculés sur lui.

Au retour des États-Unis, j'ai construit par curiosité des plans d'une dreamachine, différents de ceux de Burroughs et Gysin ²² et me suis intéressée aux ondes alpha.

Autre terrain d'intérêt commun avec Burroughs: la sémantique générale. Il avait suivi les cours de Korzybski à San Francisco et utilisait cette discipline dans son propre travail littéraire et ses recherches. C'est grâce à la sémantique générale et à Burroughs que j'ai pu mettre sur pied à l'hôpital, la petite école ou groupe B23.

Burroughs y a participé en répondant aux envois de ce journal et nous encourageant dans l'entreprise. Pour les patients, particulièrement pour celui qui me l'avait fait découvrir, ces encouragements représentaient une immense reconnaissance et changeaient le vécu de leur hospitalisation et l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes: ils n'étaient plus seulement des malades mentaux enfermés dans un hôpital psy, mais les participants à une aventure en lien avec un écrivain américain important qui leur restituait leur humanité, et leur renvoyait une image valorisante d'eux-mêmes.

21. Mémoire de diplôme d'infirmière de secteur psychiatrique (décembre 1978): [Approche de la relation thérapeutique avec un toxicomane](https://www.interzoneeditions.net/memoire_diplome_isp.pdf)
https://www.interzoneeditions.net/memoire_diplome_isp.pdf

22. Voir les documents en ligne sur la dreamachine et les ondes alpha à [Machines à rêver / Dreamachines](https://www.semantiquegenerale.net/dossier_dreamachine.pdf), le dossier en pdf à https://www.semantiquegenerale.net/dossier_dreamachine.pdf, et les plans en ligne à <http://www.inter-zone.org/dmplanfr.html>

Les seuls intellectuels français qui aient accordé de l'intérêt à cette expérience sont Roger Gentis, avec qui nous étions également en contact, puis plus tard, Francis Jeanson.

Parallèlement je traduisais *Avec William Burroughs* de Victor Bockris, et je continuais de correspondre avec Burroughs au sujet de la recherche sur l'apomorphine, lui communiquant la correspondance avec les médecins qui pratiquaient cette cure au Danemark et en Suède²³.

Il m'a également beaucoup appris sur les systèmes de contrôle, et sans lui, je n'aurais jamais pu écrire mon livre sur le sujet²⁴, ni tenir le coup en psychiatrie, dans un hôpital où j'ai vu 15 collègues mourir en 10 ans.

Il y a eu aussi ma recherche sur les rêves, partie d'un rêve prémonitoire sur ma rencontre avec Gysin en décembre 1981²⁵, puis celle sur les voix dans la tête entendues par les schizophrènes, auxquelles Burroughs s'intéressait. Ce qui m'a incitée à enregistrer les propos de Mr B. et son interprétation de ses voix, afin de tenter de mieux comprendre ce qui se passait là exactement. La première retranscription écrite de cet enregistrement a été réalisée en anglais, et envoyée à Burroughs.

À sa mort, alors que je n'avais internet que depuis un mois, j'ai trouvé un mémorial dans lequel s'exprimaient ses lecteurs, et j'ai eu envie de partager mes recherches avec eux. Je leur ai proposé mes plans de la machine à rêver, et ils m'ont envoyé en échange leurs propres recherches et réalisations liées à cet écrivain. Ces échanges ont débouché sur le réseau Interzone, que j'ai administré sur les mêmes bases que la petite école à l'hôpital, et qui a duré de 1997 à 2013, année où j'ai cessé de m'en occuper car il était devenu trop chronophage.

En toile de fond, ma découverte de cet auteur et les rencontres qui ont suivi avec lui et Brion Gysin n'auraient pu avoir lieu sans une succession de coïncidences. Burroughs et ses domaines de recherche m'ont confrontée à une série de faits que je ne comprenais pas, qui échappaient à ma logique²⁶. Mais grâce à la sémantique générale, qui permet de procéder sur la base d'une démarche scientifique, j'ai pu partir des faits, des faits, des faits, et reconstruire à partir de là.

Burroughs a travaillé sur des niveaux de réalité qui sont pour nous de l'ordre de l'inconnu, et qui nous confrontent à des faits que nos cadres de compréhension actuels ne parviennent pas à expliquer. Nous nous trouvons brusquement face à des choses « impossibles », et je pense que beaucoup de gens qui arrivent en psychiatrie sont confrontés à cela: ce n'est pas tant eux qui sont en cause, que les impasses conceptuelles de la société dans laquelle ils vivent, qui limite la réalité à ce qu'en embrasse sa science et rejette tout ce qui remet celle-ci en question.

23. Les documents de recherche en ligne à <https://www.semantiquegenerale.net/psychiatrie-et-recherche-medicale/>.

24. *Des Systèmes de Contrôle – Tome 1: Techniques de contrôle et stratégies de non-contrôle* <https://www.interzoneeditions.net/tc-snc/>

25. *Le Temps des Naguals – Autour de Burroughs et Gysin*, chapitre *Le Temps des Naguals*, <https://www.interzoneeditions.net/naguals/> p. 25-47, PDF en ligne à <http://www.interzone.org/thetimeofthenaguals/TNFR.pdf>

26 Voir le récit de ces rencontres dans *Le Temps des Naguals*, à <http://www.interzone.org/thetimeofthenaguals/TNFR.pdf>

Une précision: les croyances ne m'intéressent pas: je me méfie des religieux, je fuis les gourous. Tout ce qui m'intéresse est de pouvoir comprendre dans la mesure du possible ce qui se passe exactement, et je ne connais rien de mieux pour y parvenir que la démarche scientifique.

Ceci dit, je n'ai pas exploré l'intégralité des domaines de recherche burroughsiens: les cut-ups m'ont amusée au départ, toutefois je n'ai quasiment pas utilisé cette technique dont les interprétations me paraissent trop sujettes à caution, mais d'autres se sont passionnés pour ça.

Je ne me suis pas non plus intéressée au volet « magique », hors du sens de ce mot défini par Brion Gysin: « Magic is about making it happen » (La magie consiste à faire arriver les choses) et de sa fonction dans le domaine de l'écriture qui consiste à créer la réalité, à faire arriver les événements. Toutefois le peu que j'ai vu des gens disant la pratiquer et qui m'ont approchée m'a semblé très douteux et m'a dissuadé de les fréquenter.

En résumé, les domaines d'exploration de Burroughs rejoignaient à plusieurs niveaux ma recherche personnelle en psychiatrie, apportant des approches inédites permettant de les aborder dans un cadre plus large que celui de la pathologie

1. les recherches sur les voies entendues par les schizophrènes,
 2. la cure d'apomorphine,
 3. les ondes alpha,
 4. la sémantique générale,
 5. l'étude des rêves,
 6. l'étude des coïncidences,
 7. le groupe B23,
 8. l'étude des systèmes de contrôle,
- Etc...

Et ces domaines de recherches sont bigrement intéressants !

Une « discussion sur la mort »

« On veut parler de la mort. » Dans le cadre de la petite école, quelques patients demandèrent à consacrer une réunion à ce thème. Certains avaient fait des tentatives de suicide auparavant et voulaient échanger sur ce qu'ils avaient vécu. L'un d'eux proposa de nous faire découvrir un livre qu'il avait lu sur le sujet.

Nous inscrivîmes donc sur le tableau dans le service où était affiché à l'avance le programme des activités « Discussion sur la mort ». Les premières réactions de la hiérarchie médicale furent pour le moins réservées, celle-ci craignant que cette annonce engendre des réactions d'anxiété chez certains patients, et partant du postulat que « nous n'étions pas qualifiés pour parler de la mort. » Mais le sujet était important pour les patients qui, eux, avaient des choses à dire. En tant que soignants nous ignorions ce qui allait en ressortir, mais pouvions le cas échéant intervenir pour recadrer les choses, si bien qu'en l'absence d'un thanatologue certifié, l'intervention fut maintenue. Deux réunions lui furent consacrées en avril 1984.

Lors de la première, l'un des patients qui était à l'origine de cette réunion demanda aux autres: « Quand vous avez tenté de vous suicider, aviez-vous vraiment envie de mourir ? Personnellement je sais que je ne voulais pas mourir, mais seulement cesser de souffrir.» Après réflexion, les autres personnes concernées acquiescèrent. Il ressortit de cet échange qu'aucun d'eux ne voulaient vraiment se tuer ; ils voulaient échapper à une situation insupportable, et le suicide leur était apparu sur le moment comme la seule possibilité d'y parvenir.

Puis il posa la question: «Êtes-vous content que votre tentative ait échoué ? » Tous furent d'accord pour dire que oui, ils étaient heureux d'être encore en vie. Cette discussion les amena à prendre du recul par rapport à leurs propres réactions, et ils aboutirent à la conclusion que celle qui les avait poussés à vouloir mettre fin à leurs jours était inadaptée et qu'ils ne souhaitaient pas recommencer.

Cet échange entre ces gens qui pouvaient parler librement et simplement d'une expérience aussi lourde, hors de tout contexte où leurs propos pouvaient être interprétés en termes de pathologie, eut pour eux un effet très réconfortant et dédramatisant: ils réalisaient qu'ils avaient vécu des expériences similaires, ce qui brisait leur sentiment de solitude, et qu'ils en tiraient les mêmes conclusions positives. Le fait est qu'aucun d'entre eux ne tenta plus de se suicider par la suite.

A la fin du mois, Jean-Luc fit son exposé. C'était un garçon réservé. Il ne posait de problème à personne, ne s'impliquait dans aucun conflit, semblant observer le monde autour de lui avec détachement, accompagnant ses rares propos hésitants d'un petit rire bref exprimant sa timidité. Mais il participait aux activités avec intérêt. Or ce jour-là il se livra sur un ton tranquille et le plus naturellement du monde à un exposé passionnant bien structuré, entrecoupé de lectures de passages du livre, comme s'il avait fait cela toute sa vie. La qualité de son intervention, aussi inattendue que le sujet qu'il présentait, nous permit de le découvrir sous un jour que nous ne connaissions pas..

Le livre qu'il présenta était *La Vie après la Vie*, écrit par le docteur Raymond Moody, un médecin américain travaillant en service de réanimation, qui avait rassemblé des récits de patients qu'il avait réussi à réanimer après un coma dépassé ou un épisode de mort clinique, et qui lui avaient décrit ce qu'ils avaient alors vécu. Au cours de cette expérience ils étaient restés conscients, avaient conservé la mémoire de leur vie passée, n'étaient pas plus « morts » qu'auparavant, et en revenaient avec une conscience accrue et une vision non dramatique, plus large, et plus cohérente de leur existence globale que celle qu'ils en avaient auparavant sur la base de la conception mécaniste, absurde et désespérée, de la vie humaine limitée à celle du corps physique.

A la fin de son intervention, nous sommes sortis silencieux de la pièce, sous le coup de ce que nous venions d'entendre: en l'espace de deux heures, Jean-Luc avait bouleversé notre vision de la vie, nous avait amenés à nous projeter au-delà de la mort en introduisant des hypothèses médicales inattendues, cohérentes et porteuses d'espoir, non limitées aux cadres des croyances religieuses ou des opinions philosophiques.

Par la suite il trouva un travail dans un C.A.T. et sortit de l'hôpital pour habiter avec d'autres patients dans un appartement thérapeutique encadré par l'équipe de secteur. Il y vit toujours, et si j'en crois ce qu'il m'en a dit la dernière fois que je l'ai rencontré (2019), il était satisfait de son sort et allait bien. Il a ajouté avant de me quitter: « C'était bien, la petite école; il faudrait recommencer. »

Articles extraits des numéros du journal

Objectifs 1 - Septembre 1984

[Objectifs 1 complet](#)

Le point sur le groupe B23, groupe Petite École - Janvier 1984

LE POINT SUR...

LE GROUPE B 23

OU

GROUPE PETITE ECOLE

**Vous nous
l'avez demandé...**

"OBJECTIF" est le fruit du travail commun de soignants et de soignés des deux secteurs, T et B participant au groupe B 23.

L'idée de ce journal a d'abord été exprimée par les soignés désireux de faire des comptes-rendus de ce qu'ils vivent dans le groupe, certains voulant publier des articles, d'autres, des photos, dessins, etc... et émettant le voeu de participer au tirage

Au départ nous avons fait paraître les premiers articles sur l'école dans le Messenger de Janvier mais, avec l'arrêt de ce dernier il y a quelques mois, nous nous sommes vus privés de ce moyen de diffusion de l'information, indispensable si nous ne voulons pas que le groupe se referme sur lui-même.

Nous avons donc décidé de faire ce numéro, en utilisant le procédé de photocopie, plus facile à utiliser que la machine à alcool et offrant davantage de possibilités.

L'objectif du moment étant d'informer, nous vous présentons aujourd'hui le groupe B 23. Pour plus de clarté nous avons adopté le plan suivant: son origine, ses buts, sa structure, son éthique, le bilan des activités depuis Janvier, les activités prévues pour l'avenir.



1 ORIGINE :

A l'origine du groupe, le désir de soignants de réagir contre la chronicité résultant des hospitalisations prolongées, contre la "névrose institutionnelle", pour reprendre l'expression du psychiatre anglais Barton, qu'il définit comme "une maladie caractérisée par l'apathie, le manque d'initiatives, la perte de l'intérêt, spécialement pour les choses qui ne concernent pas directement le malade, la soumission passive, l'inaptitude apparente à élaborer des plans pour l'avenir, le manque d'individualité" dont Barton tient pour causes probables la perte du contact avec le monde extérieur, l'oisiveté forcée et le manque de responsabilité, le paternalisme du personnel, la perte des amis, des biens et des événements personnels, les médicaments, l'atmosphère du pavillon et la perte des perspectives extérieures à l'hôpital.

A la demande du médecin chef a donc été élaboré un projet d'occupation et d'ouverture sur l'extérieur pour les hospitalisés susceptibles de se resocialiser, leur offrant des activités leur permettant de prendre conscience de leurs possibilités intellectuelles, physiques et artistiques et de les exploiter, en bref, mettre en valeur leurs côtés positifs, ce qui va bien chez eux, plutôt que leurs côtés pathologiques.

Dans le projet, le groupe est ouvert aux hospitalisés et aux soignants des deux secteurs de façon à pouvoir fonctionner avec les effectifs actuels: il suffit que quelques personnes acceptent de donner un peu de leur temps, une heure par mois, pour que le groupe fonctionne. La plupart des activités se déroulant à l'intérieur de l'établissement, celles-ci sont possibles aux heures creuses avec un effectif minimum.

Le groupe fonctionne avec un système de volontariat: aucune activité n'est obligatoire ainsi n'y participent que les gens, soignés ou soignants, qui sont intéressés.

Une fois élaboré, le projet a alors été présenté aux soignants des deux secteurs. Certains se sont déterminés pour y participer et une réunion a eu lieu avec les hospitalisés et les soignants volontaires où ces derniers ont exposé leurs possibilités respectives et où les soignés ont exprimé leurs désirs et leurs centres d'intérêt. (voir Messenger de Janvier)

II BUTS

Les buts de l'école ont déjà été exposés dans le Messenger de Janvier. Nous nous bornerons donc à un résumé et à quelques précisions supplémentaires:

1) Accès à des connaissances: par le biais de l'école: partage du savoir, revalorisation des soignés en mettant à leur portée des connaissances qu'ils ne se seraient pas crus capables d'intégrer auparavant, apprendre à utiliser correctement son système nerveux en fonction de sa structure, à savoir accumuler et transmettre de l'information, développer sa mémoire pour lutter contre l'appauvrissement de l'expérience dû à l'isolement progressif

III STRUCTURE

1) Groupe ouvert: à tout soignant ou soigné désirant y participer sans distinction d'appartenance à un secteur, de pathologie, d'âge, de grade, etc...

2) Structure non hiérarchique : les différents éléments du groupe étant considérés comme interdisciplinaires et complémentaires, les différences entre les gens sont considérées comme des facteurs d'enrichissement plutôt que d'opposition. La structure du groupe voudrait autant que possible respecter celle de l'organisme humain où les différents organes sont complémentaires, chacun ayant son rôle, sa fonction, sans rapport de dominance entre eux, l'intérêt de chacun étant lié à celui de l'ensemble tout entier.

La question de la structure nous semble primordiale car la structure hiérarchique des services entraîne des rapports de pouvoir entre les individus, elle est basée sur des critères de grade et d'ancienneté qui n'ont parfois rien à voir avec les critères de thérapeutique et de compétence; elle est souvent un facteur d'immobilisme, d'irresponsabilité et de parasitisme; de plus, la complexité de la hiérarchie a tendance à alimenter la bureaucratie et à entraîner des dépenses énormes de temps et d'énergie trop souvent disproportionnées par rapport aux résultats obtenus.

C'est pourquoi il nous semble important de partir des besoins et des demandes des hospitalisés, car ils sont les premiers concernés, de façon à les amener à devenir autonomes, c'est à dire à s'occuper de leurs propres affaires, plutôt que de décider à leur place ce qui est "bon pour eux", attitude infantilisante et paternaliste aboutissant souvent à des résultats contraires aux buts recherchés.

La question des effectifs minimum ne se pose pas dans le groupe: il peut y avoir un soignant pour dix soignés comme autant de soignants que de soignés, ce qui serait inconcevable dans les services.

IV ETHIQUE:

Solidarité avec les hospitalisés: sachant combien le regard qu'on porte sur les gens peut conditionner leur comportement, nous considérons les soignés comme des individus à part entière, des usagers de la santé publique ayant droit à une qualité des soins susceptible de leur apporter un état de mieux être et d'autonomie.

En tant que soignants, nous sommes payés pour apporter cette qualité des soins aux soignés et avons pour but de nous donner les moyens de faire notre travail de façon correcte et efficace.

V BILAN DES ACTIVITES DU GROUPE

5 Janvier: Sémantique générale: intervenants: Maryline, Isabelle, participants: Daniel, Jean-Luc, Michèle, Anne-Françoise Romain, Pascal.

20 Janvier: Discussion sur les pensions: I.: Bernard C.
P: Daniel, Jean-Michel, Jean-Luc, Mme M., Colette, Annick, Robert.

22 Janvier: Anglais. I.: Isabelle, P.: Daniel, Louis, Régine Jean-Michel, Michèle.

7 Février: Anglais: I.: Isabelle, P.: Daniel, Michèle

27 Février: Le travail, l'emploi, les stages, I.: Bernard C., Mrs M et L, Mme B (ANFE), Mr B (EPSR)
P: Chantal, Patrick, Marie-Annick, Simone, Mr G., Mr D.C., Mme A., une amie à elle, son fils, une autre dame du secteur B

28 Février: Le système nerveux: I.: Isabelle, P.: Mr B., Marie-ANNick, Daniel, Patrice.

9 Mars: Anglais: I: Isabelle, P.: Louis, Daniel

16 Mars: Discussion sur le manque de confiance en soi.
I.: Isabelle, P: Daniel, Patrice, Romain, Marie-Annick

6 Avril: Discussion sur la mort: I.: Maryline, Jean-Louis, Isabelle, Bernard A., P.: Louis, Dominique, Jean-Luc, Mr F., Noël

13 Avril: Bilan de l'école: I: Maryline, Jean-Louis,, Isabelle, Bernard C., une stagiaire, Jean-Luc, Louis, Dominique

24 Avril: "La vie après la vie": I.: Jean-Luc, P: Louis, Daniel, Isabelle, Jean-Louis.

9 Mai: Le rêve éveillé: I.: Maryline, P: Daniel, Dominique, Louis, Bernard A., Jean-Louis, Isabelle

19-22 Mai: Séjour St G : Louis, Daniel, Chantal, Jean-Luc, Dominique, Jean-Louis, Isabelle, Bernard A.

30 Mai: Discussion sur la sexualité: I: Hélène, Bernard A., Jean-Louis, Isabelle, P.: Chantal, Louis, Daniel, Jean-Luc

4 Juillet: Préparation à la sortie spéléo: I: Bernard A., P: Daniel, Louis, Patrick, Dominique, Gilbert, Mireille, Ariel, Jean-Louis, Isabelle

21 Juillet: Réunion journal: Louis, Daniel, Jean-Luc, Isabelle

24 Juillet: Bilan des activités: Jean-Louis, Maryline, Hélène, Marie-Jo, Daniel, Chantal, Louis, Jean-Luc, Isabelle

7 Aout :Sémantique générale:I.: Isabelle, P.:Martine,
René, Louis, Daniel, Jean-Luc

14 Aout: Sortie spéléo: Bernard A., Partick C., Mireille,
Martine, Daniel, Patrice, René, Mr X, Jean-Luc, Jean-Louis,
Isabelle, Louis, Valère, Gilbert

29 Aout: Réunion du comité de rédaction d'Objectifs: Daniel,
Valère, Jean-François, Louis, Gilbert, Jean-Louis, Maryline,
Patrice, Hélène, Isabelle

On peut tirer de ce qui précède les constatations
suivantes: le groupe B 23 s'est réuni 20 fois en 8 mois,
33 soignés y ont participé, les uns régulièrement, les
autres, épisodiquement. Y participent les soignants sui-
vants: Bernard C, Bernard A, Maryline B, ,
Jean-Louis et Isabelle B. Le Docteur Hélène F a
bien voulu accepter d'être le médecin référent du groupe.

Sur le plan financier, le séjour à St G a coûté
1556,46 F, ce qui fait une moyenne de 48,63 F par person-
ne et par jour.

Ce numéro d'Objectifs a coûté 84,69 F, l'achat de 2 ramettes
de feuilles .

Depuis le 12 Septembre, nous faisons partie du comité de
section du centre social, ce qui va nous permettre d'avoir
un budget substantiel, donc davantage de moyens pour nos
activités: achat de papier, stylos, un magnéto, cassettes,
jumelles.

En conclusion: loin d'être une utopie, ce que certains sup-
putaient lors de la présentation du projet, le groupe B23
fonctionne de façon satisfaisante et pense avoir atteint les
objectifs qu'il s'était fixés au départ. Il est la preuve
qu'il est possible de travailler et d'innover dans les
conditions actuelles. Il a su faire face aux oppositions
qui se sont élevées au cours de ces 8 mois, cela parce que
les relations existent entre ses membres sont des relations
vraies, non artificielles, et parce que le bien-être des
soignés est la raison de son existence et non pas un but
prétexte.

VI ACTIVITES PREVUES POUR L'AVENIR

Pour le moment nous sommes en mesure de prévoir une
autre séance de rêve éveillé, la première ayant été très
appréciée des participants, une projection de diapos
du séjour à St G et de la sortie spéléo et des montages
faits à partir de ces dernières.

Nous prévoyons aussi une journée concert avec les groupes
Ciménil et peut-être Raticide et un meshoui au cours de
cette journée, ouverte aux gens de l'extérieur.

Les gens du groupe ont émis l'idée, pour un futur plus
lointain, d'ouvrir une cafétéria en ville, en louant un
local où seraient vendus des salades exotiques, jus de
fruits faits à la centrifugeuse, milk-shakes et glaces
sophistiquées.

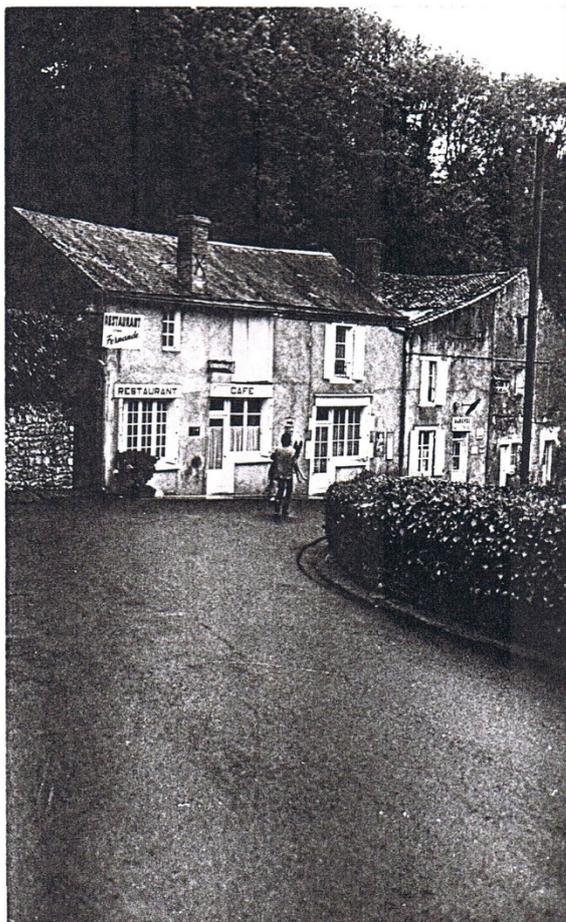
Dans le cas où nous pourrions rentabiliser certaines activités, hypothèse à laquelle nous ne sommes pas hostiles à priori, l'argent étant une des réalités de l'existence, nous pensons qu'il serait normal que les soignés participant à ces activités puissent bénéficier de cette rentabilité, ne serait-ce que par le biais d'un pécule maximum ou complémentaire.

Dans cette hypothèse, nous avons pensé acheter une machine à laver pour l'hôpital, qui servirait aux hospitalisés en contrepartie d'une petite somme, ce qui leur reviendrait moins cher que de donner leurs vêtements au pressing.

Nous espérons vous avoir fait un compte-rendu exhaustif de l'esprit du groupe qui est, nous ne saurions trop le répéter, un groupe ouvert.

Toutes vos suggestions et idées seront les bienvenues.

Isabelle



Quelques éclaircissements sur la sémantique générale

Quelques éclaircissements sur
la SEMANTIQUE GENERALE :

Vous avez pu remarquer, sur les panneaux de l'école, qu'étaient affichés des cours de Sémantique générale. Cette discipline étant peu répandue en France, beaucoup de gens ignorent de quoi il s'agit. Certaines personnes m'ont fait part de leurs appréhensions, pensant que ce mot recouvrait des choses trop compliquées ou incompréhensibles, qui n'avaient pas lieu d'être enseignées à l'hôpital.

Or la Sémantique générale traite de choses auxquelles nous sommes confrontés dans la vie de tous les jours. Elle permet de mettre de l'ordre dans ses pensées, d'échapper aux pièges que nous tend notre langage et de ne plus s'empoisonner l'existence avec des questions qui n'ont pas de sens. Et comme elle me rend de grands services dans ma vie personnelle, je ne vois pas pourquoi je n'en ferais pas profiter les autres, à partir du moment où ils sont intéressés et où ils ont envie de savoir de quoi il s'agit.

Aujourd'hui on entend beaucoup de gens déplorer que notre civilisation soit très développée dans les domaines scientifiques et techniques alors que, dans d'autres domaines, elle est restée à des niveaux qui semblent beaucoup plus primitifs. Ainsi, dans le domaine technique, il est possible de faire des plans dont on peut prévoir le résultat, et si ces plans sont corrects et leur réalisation bien menée, les résultats sont conformes à ce qu'on en attend: les machines fonctionnent, les maisons tiennent debout, les ponts ne s'effondrent pas.

Par contre, en matière économique et politique et sociale, ce qu'on appelle les "affaires humaines", les prévisions sont la plupart du temps incertaines et il y a de grandes différences entre les résultats qu'on attendait et ce qui arrive effectivement.

Or, dans le domaine technique, le langage utilisé correspond à ce qui se passe dans la réalité. Quand vous dites $1+1=2$, tout le monde comprend ce que ça veut dire et chacun comprend la même chose. Si vous avez devant vous un morceau de sucre et si vous en mettez un autre à côté, vous aurez deux morceaux de sucre.

Par contre, beaucoup de mots que nous utilisons dans la vie de tous les jours n'auront pas le même sens pour plusieurs personnes. Par exemple, si vous demandez à dix personnes ce que veut dire "bien" ou "mal", vous aurez dix réponses différentes: les mêmes choses seront "bien" pour certains et "mal" pour d'autres. C'est pourquoi, dans la conversation, les gens ne se comprennent pas toujours, d'où les problèmes de communication, souvent incertaine ou déformée et les répercussions sur le comportement des gens.

Le but de la sémantique générale est de réduire le plus possible ces problèmes de communication et ainsi de faciliter les relations entre les gens en utilisant des mots qui correspondent à ce qui se passe dans la réalité.

Il est impossible de résumer en un article les principes de la Sémantique générale. Je vous présenterai donc un principe par numéro en l'expliquant et en trouvant des exemples dans la vie quotidienne, ce qui permettra à ceux qui les ont étudiés de se les remettre en mémoire et aux autres qui sont intéressés, de savoir de quoi il en retourne.

Il existe plusieurs ouvrages sur la question:

- "Le Monde du \bar{A} "
 - "Les Joueurs du \bar{A} "
 - "La Fin du \bar{A} "
- } de Van Vogt, collection "J'ai Lu"
- "Introduction à la Sémantique générale" de Korzybski
- de H. Bulla de Villaret, édition "Le Courrier du Livre"

d'avec le monde. Chacun, soignant ou soigné, apportant son matériel, il arrive que les soignés se trouvent en position d'enseignant: Jean-Luc a fait un exposé sur un livre, "La Vie Après la Vie" l'apport d'information circule dans les deux sens, pas de dichotomie "les soignants qui savent, les soignés qui ne savent pas".

2) Ouverture sur l'extérieur et rôle actif sur celui-ci par le biais d'activités comme le séjour à St G. (découverte du milieu, vie à l'extérieur, contact avec la nature), la sortie spéléo le journal, avec parfois des interventions de gens extérieurs à l'H.P. (voir le cour de Bernard C. avec intervention de gens de l'ANPE)

3) Apprendre à élaborer des plans pour l'avenir: à travers le journal: construire un travail commun où chacun apporte ses éléments mettant en jeu l'imagination, l'apport des connaissances, le sens artistique, le sens de l'organisation, le désir de faire un travail sérieux et reconnu et permettant de lier contact avec l'extérieur.

Le travail fourni n'est plus synonyme de quelque chose d'imposé, d'ennuyeux ou de fatigant mais devient alors créatif et permettant un comportement gratifiant..

4) Responsabilisation: les soignés ne se comportent plus comme des "malades mentaux", terme trop souvent synonyme d'irresponsabilité, notion qui débouche en pratique sur le non respect de soi-même et des autres, mais ils apprennent à assumer la responsabilité de leurs actes. ainsi, dans le cadre de l'activité journal, les soignés y participant ont clairement et unanimement revendiqué le droit de signer leurs articles de leur nom plutôt que d'utiliser initiales ou pseudonymes.



La sémantique générale considère l'Homme comme un tout psychosomatique dans son milieu qui le pénètre et auquel il réagit.

Que veut dire cette phrase?

Autrefois on ne voyait pas les humains comme aujourd'hui. On pensait que nous étions composés d'un corps et d'un esprit, qu'il y avait l'esprit d'un côté et la matière de l'autre et que les maladies du corps et celles de l'esprit n'avaient rien à voir les unes avec les autres. Quand on observait quelqu'un, on regardait la personne sans voir le milieu dans lequel elle vivait.

Depuis, de nombreuses découvertes ont été faites sur notre organisme, sur nous-mêmes. On commence à comprendre le fonctionnement du cerveau, même si beaucoup de choses dans ce domaine restent encore inconnues. On a découvert que certaines maladies du corps avaient une origine psychique et que l'environnement dans lequel nous vivons, s'il est malsain pour nous, peut provoquer certains troubles que nous n'aurions pas eu dans un environnement sain.

Exemple: si vous prenez une truite, vivante, en bonne santé, qui est faite pour vivre dans de l'eau de rivière et si vous la plongez dans un bocal d'eau de mer, vous allez constater au bout de quelques temps qu'elle va flotter à la surface, le ventre en l'air; elle crèvera rapidement parce qu'elle n'est pas faite pour vivre dans l'eau de mer. Ainsi, la truite sera morte parce que le milieu dans lequel on l'a plongée, l'eau de mer, n'était pas adapté à son organisme et a provoqué dans son corps de truite des modifications incompatibles avec sa vie de truite.

Si vous ne tenez pas compte du fait que la truite est faite pour vivre dans l'eau douce, et si vous dites: "Cette imbécile de truite a crevé dans mon bocal d'eau de mer, elle devait être malade", vous faites une erreur grossière: vous ne tenez pas compte de l'importance de son

milieu et vous attribuez à la truite une maladie qu'elle n'avait pas, vous avez provoqué sa mort en la plongeant dans un milieu malsain pour elle alors que si vous l'aviez mise dans un bocal d'eau douce, elle aurait continué à vivre.

Depuis quelques années, on a découvert que notre cerveau était fait pour apprendre, c'est à dire pour accumuler des informations. Notre cerveau comporte une partie qui s'appelle le cortex. Chaque millimètre carré de notre cortex comporte 40 000 cellules et chacune de ces cellules peut recevoir 20 000 informations à la seconde. Dans un cerveau humain, l'information est dix mille fois plus concentrée que dans un ordinateur.

A quoi vont nous servir les informations que nous emmagasinons? Elles vont nous permettre d'AGIR, d'agir sur notre environnement, sur ce qui nous entoure; ça peut être parler avec quelqu'un, jouer au foot, servir à la cafet, etc... et, comme le dit Henri Laborit: " ce n'est qu'en agissant sur notre environnement que nous pouvons satisfaire notre besoin de bien-être, de plaisir." C'est pourquoi, quand dans une journée nous avons fait des choses qui nous intéressent, quand nous avons rencontré des gens qui nous plaisent, nous nous sentons bien, nous sommes content de nous. Quand nous sommes avec des gens qui ont une bonne opinion de nous, qui nous encouragent et nous font confiance, nous arrivons à faire des choses positives avec eux, ils nous apportent quelque chose et nous leur apportons quelque chose. Nous nous sentons détendus, confiants.

Par contre si nous sommes avec des gens qui nous sont hostiles, qui nous critiquent sans arrêt et nous renvoient une mauvaise opinion de nous-mêmes ("Tu n'es qu'un incapable, tu n'arriveras jamais à rien,") où des gens dont nous avons peur, nous allons douter de nous-mêmes, nous nous sentirons bloqués. Il va être alors beaucoup plus difficile d'agir et nous nous sentirons mal.

Si nous pouvons quitter ces gens ou les obliger à changer d'attitude à notre égard, nous nous sentirons bien à nouveau. Mais si nous ne le pouvons pas, nous nous sentirons bloqués, prisonniers, nous serons inquiets et tendus.

Quand nous sommes tendus sans arrêt, nos muscles sont contractés, nous respirons moins bien et notre système nerveux produit des substances qui vont diminuer notre sommeil et notre résistance aux infections. Ces substances s'appellent le cortisol et la norépinéphrine. Nous dormons mal et attraperons plus facilement des maladies.

Quand nous nous sentons mal, nous avons toujours des raisons. Cela ne veut pas forcément dire que notre cerveau est malade mais plutôt que nous n'arrivons pas à changer les situations dans lesquelles nous nous sentons mal.

Pourtant il est très possible de s'en sortir, à condition de le vouloir d'abord et ensuite de trouver les moyens de changer les situations dans lesquelles nous sommes bloqués, en agissant correctement dans ces situations, en adaptant notre attitude de façon à affronter les difficultés et à les résoudre. Il y a toujours une solution, il suffit de la trouver. Et comme le disait si justement Marie-Annick l'autre jour à l'école: "Nous ne sommes pas sur terre pour souffrir."

Isabelle B.

Objectifs 2 - Décembre 1984

Objectifs 2 complet

Sommaire

Sommaire

Editorial: l'équipe du journal	p.1
L'encadrement: Noël B.	p.2
Séjour en Alsace: l'équipe du séjour	p.3
Concert des Rolling Stones: Louis P.	p.9
Alchimie: JLB	p.12
La Sepaye: Gilbert R.	p.16
Sondage des hospitalisés	p.19
Faut-il qu'une porte soit ouverte ou fermée?:Louis L.	p.22
De métiers en métiers: Louis L.	p.24
De calme et d'espérance: Louis L.	p.25
Poemes: Stéphane	p.26
Poemes: Stéphane et Lilianne	p.27
Photos Juniel Al Mage	p.28
L'Elfe Mélifere: Juniel Al Mage	p.29
Sans y meler les mains: Juniel Al Mage	p.30
La Belle Au Bois d'Or: Juniel Al Mage	p.31
Sémantique générale: chapitre 2: Isabelle	p.33
Cut-ups illustrés	p.38

EDITORIAL

Voici le second numéro d'"Objectifs". Nous avons doublé le tirage, de 50 à 100 exemplaires, et le nombre de pages, devant l'afflux des articles.

Le Groupe B 23 a un an d'existence. A suivre...

Nous avons pris contact avec un autre journal, "Allo Aloïse", fait à Fleury-les Aubrais, à l'hôpital du psychiatre Roger Gentis. Dans "Projet Aloïse", il propose d'établir des contacts entre H.P. et d'échanger les expériences respectives. A suivre également.

Ont participé à ce numéro: Noël B. , Daniel G. , Louis P. , Jean-Louis B. , Gilbert R. , Louis L. , Stéphane M. et Liliane, Juniel Al Mage et Isabelle B. , Maryline B. , JEAN-luc C. .

Nous remercions tous ceux qui, de près ou de loin et à différent niveaux, nous ont aidé dans l'élaboration et le tirage de ce journal.

Nous vous souhaitons à tous un joyeux Noël et une bonne année 1985.

L'équipe du journal.

Sondage des hospitalisés

SONDAGE DES HOSPITALISES

QUESTIONS	REPONSES						TOTAUX
	OUI		NON		ABSTENIONS		
	Voix	Pourcentage	Voix	Pourcentage	Voix	Pourcentage	
I. Avez-vous été hospitalisé auparavant dans un autre hôpital?	20	58%	14	41%			34
2. Si oui, êtes-vous satisfait de l'H.P. de Thouars?	25	78%	6	19%	1	3%	32
3. Qu'attendez-vous de votre hospitalisation:							
a) un lieu où il est possible de vivre, où vous êtes mieux accepté qu'à l'extérieur?	4	10,5%			1	2,6%	5
b) résoudre vos difficultés, vos problèmes?	12	31%			1	2,6%	13
c) la guérison?	19	50%			1	2,6%	20
LES MEDICAMENTS							
4. Prenez-vous des médicaments?	35	100%					35
5. Savez-vous lesquels et à quoi ils servent?	17	50%	17	50%			34
6. Pouvez-vous en discuter avec votre médecin?	24	77%	7	23%			31
7. Vos médicaments semblent-ils vous convenir?	21	72%	8	28%			29
LES ACTIVITES							
8. Participez-vous à une ou plusieurs activités?	16	50%	14	44%	2	6%	32
9. Vous semblent-elles adaptées à vos besoins?	15	60%	5	20%	5	20%	25
10. Y allez-vous spontanément?	14	61%	4	17%	5	21%	23
11. Vous semblent-elles assez diversifiées?	10	42%	9	37%	5	21%	24
LE PERSONNEL							
12. Vous paraît-il suffisant?	19	66%	10	34%			29
13. Passez-vous beaucoup de temps avec les infirmiers?	12	41%	15	55%	1	4%	27

QUESTIONS	REPONSES						TOTAUX
	OUI		NON		ABSTENIONS		
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
14. Discutez-vous plus facilement de vos problèmes avec:							
a) les infirmiers?	22	61%			2	5,5%	22
b) les surveillants?	2	5,5%					2
c) les médecins?	10	28%					10
LA FAMILLE							
15. Avez-vous des relations avec votre famille?	17	59%	12	41%			29
16. Votre médecin ou les infirmiers ont-ils des contacts avec elle?	11	39%	16	57%	1	4%	28
VIE A L'HOPITAL							
17. Pensez-vous qu'un journal à l'H.P. ait un rôle important?	24	77%	4	13%	3	10%	31
18. Avez-vous lu le premier N° d'Objectifs?	8	26%	22	71%	1	3%	31
19. Pour les gens du 1°: montez-vous au 2° étage?	5	29%	12	71%			17
20. Pour les gens du 2°: descendez-vous au 1° étage?	8	57%	6	43%			14
21. Les repas vous semblent-ils corrects:							
a) en qualité?	26	87%	4	13%			30
b) en quantité?	27	87%	4	13%			31
22. Souhaiteriez-vous autre chose que de la soupe aux carottes?	27	79%	6	18%	1	3%	34
23. Descendez-vous régulièrement au restaurant du Centre Social?	18	62%	11	38%			29
24. Participez-vous à sa préparation?	7	24%	21	72%	1	4%	29
25. Seriez-vous favorable à un Mescheoui pour l'été prochain?	26	87%	2	6,5%	2	6,5%	30

Sémantique générale, suite

SEMANTIQUE GENERALE

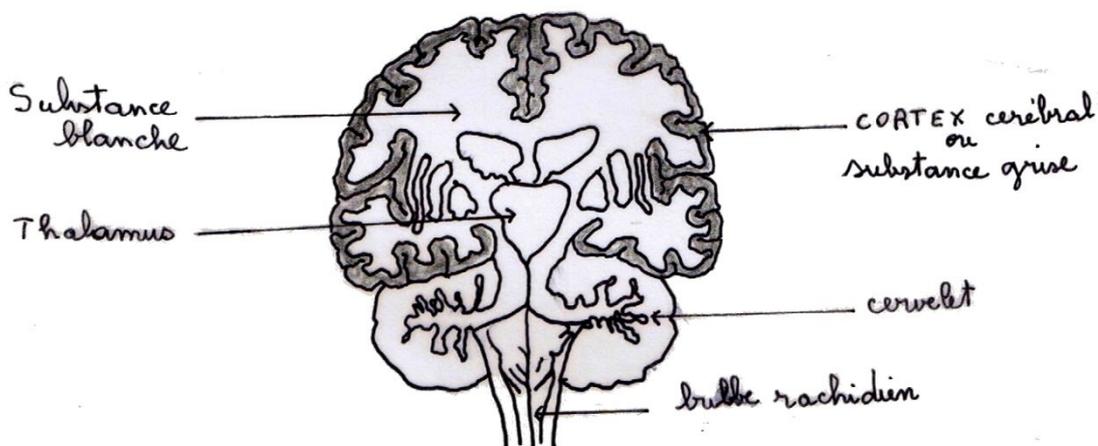
Chapitre 2

I Cortex - Thalamus

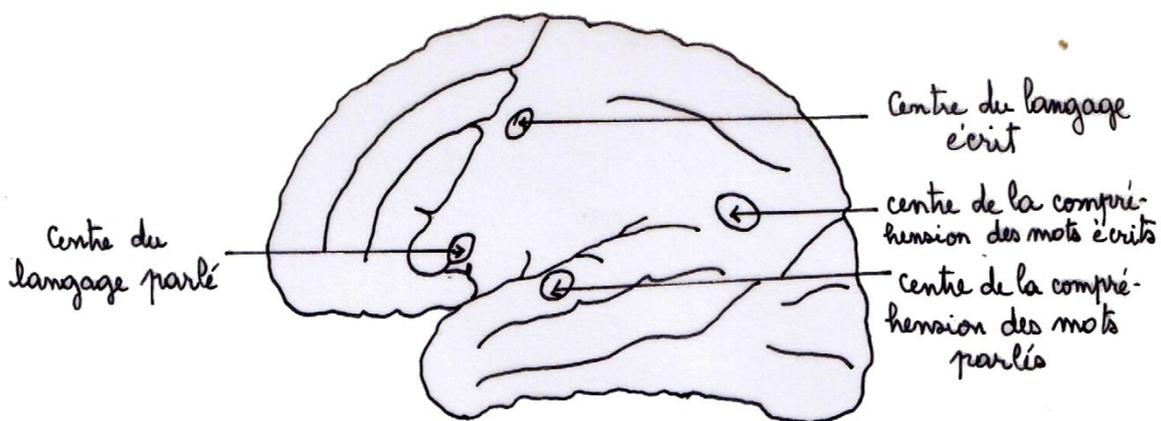
Il a fallu très longtemps, des milliers d'années, pour que notre cerveau atteigne son développement actuel. Certaines parties de ce cerveau sont plus anciennes que d'autres: la partie appelée thalamus est plus ancienne que le cortex:

Le thalamus est, entre autre, le siège des émotions. Le cortex est le siège du langage, l'outil de la réflexion. Grâce au thalamus, nous éprouvons des émotions, des sentiments. Grâce au cortex nous pouvons les décrire et réfléchir à ce qui se passe en nous et autour de nous en utilisant le langage parlé et l'écriture.

Les animaux possèdent un thalamus mais pas de cortex. Ils peuvent "sentir, souffrir mais ne peuvent réfléchir ni décrire ce qui se passe en eux ni autour d'eux. Les rats, par exemple, peuvent repérer de la nourriture dans une maison mais ils ne peuvent pas faire un plan de la maison ni établir une stratégie pour dévêler les humains et échapper aux pièges à rat et au grain empoisonné, heureusement pour nous.



Configuration intérieure du cerveau
(coupe frontale)



CORTEX

(Vous avez sous les yeux 2 cartes du cerveau: elles vous donnent certaines indications mais, comme toutes les cartes, elles sont incomplètes. Ne confondez pas la carte et ce qu'elle représente; en Sémantique générale, on dit que "la carte n'est pas le territoire" et qu'"elle ne représente pas tout le territoire". De même si l'on compare le langage à une carte verbale, il faut savoir qu'il ne peut rendre compte totalement des faits que nous voulons décrire, encore moins avec une totale fidélité, car le sens des mots varie d'une personne à une autre et d'une situation à une autre.

C'est pourquoi il est fortement conseillé d'être prudent et vigilant à l'égard du langage, de réfléchir avant de parler si nous voulons être compris et de faire attention aux mots que nous entendons avant de les croire: ce n'est pas parce que quelqu'un nous dit quelque chose que cette chose est forcément vraie.)

II Le langage: un lien entre les humains:

Le développement du cerveau a permis d'élaborer un outil de communication unique à notre espèce: le langage écrit. Grâce à lui, des personnes vivant à des époques et dans des lieux différents peuvent communiquer: il nous permet de savoir comment vivaient des Grecs ou des Chinois morts depuis plusieurs siècles.

Mais si le langage est un outil important, il est aussi très important de savoir l'utiliser correctement.

III ATTENTION AUX REACTIONS SEMANTIQUES

Nous savons aujourd'hui que les circonstances dans lesquelles nous avons appris à parler restent attachées restent attachées dans notre mémoire à l'emploi des mots: les émotions que nous avons éprouvées quand nous avons appris les mots étant petits reviennent quand nous utilisons ces mots, comme pour la musique: certaines chansons nous sont agréables ou désagréables selon qu'elles nous rappellent de bons ou de mauvais souvenirs; quand nous les entendons, nous éprouvons les mêmes émotions qu'au moment où nous les avons apprises.

Avec les mots, c'est le même phénomène. Quand nous avons appris certains mots, si notre entourage nous a dit qu'il ne fallait pas "parler de ça", nous nous sentirons mal à l'aise plus tard quand nous les entendrons ou les utiliserons. C'est ce qu'on appelle la "puissance d'évocation des mots": l'emploi de certains mots provoque en nous des sentiments de peur, de honte ou d'angoisse liés au contexte dans lequel nous les avons appris. Or ce contexte n'existe plus, nous ne sommes plus dans le même situation qu'étant enfants et les émotions que nous avons alors ressenties n'ont plus lieu d'être.

En Sémantique générale, on appelle ces émotions liées à l'emploi des mots des "réactions sémantiques". Ces émotions se répercutent dans notre corps, entraînent des modifications au niveau des cellules, modification chimiques, électriques et colloïdales (les colloïdes sont une sorte de glue qui "colle" les molécules entre elles) et pouvant entraîner des maladies psychosomatiques.

Si nous nous laissons dominer par ces émotions, nous réagissons de façon mal adaptée, nous nous laissons manipuler par les mots en leur accordant une importance qu'ils n'ont pas. Nous utilisons notre cerveau de façon incomplète en faisant marcher notre thalamus et non notre cortex. Nous nous comportons plus comme un animal que comme un humain.

IV POUR COMBATTRE LES SENTIMENTS PARASITES: LA PAUSE CORTICO-THALAMIQUE

Comment allons-nous alors faire fonctionner notre cortex?

- D'abord, il faut être au courant de son existence et savoir à quoi il sert, ce que vous savez maintenant si vous avez lu attentivement ce qui précède.

- En suite il faut décider de ne plus se laisser avoir par les mots que l'on entend: ces mots sont là pour que nous les utilisions, nous ne sommes pas là pour être utilisés par eux sinon ils deviennent des parasites.

- Puis, quand nous sentons qu'un mot provoque en nous une émotion désagréable, faisons l'exercice suivant:

respirons profondément et rejetons l'air de nos poumons en pensant fortement à l'air qui entre et qui ressort. Faisons cela plusieurs fois.

Résultat: nos muscles se détendent, notre cœur bat moins vite, nous reprenons possession de nos moyens et nous nous contrôlons mieux. Quand nous revenons ensuite au mot, le sentiment désagréable diminue et nous réalisons qu'il n'y a pas de quoi s'énerver pour si peu. Nous nous sentons plus fort, plus maître de nous et pouvons faire ce que nous avons à faire.

En Sémantique générale, on appelle cet exercice une "pause cortico-thalamique" parce qu'il nous permet de nous arrêter un instant pour contrôler nos émotions, il accroît le rôle du cortex sur nos comportements, ce qui permet de réfléchir avant d'agir.

Essayez, ça ne coûte pas cher et ça marche; c'est une question d'entraînement et de volonté; plus vous ferez cet exercice et plus vous serez maître de vous-même. Vous pouvez l'utiliser dans toutes les situations stressantes, quand vous sentez la peur, l'angoisse, la honte ou la colère vous envahir, pensez à la pause cortico-thalamique, respirez amplement pendant quelques secondes et reprenez le contrôle de la situation.

V CONCLUSION: A LA CONQUETE DE NOTRE ESPACE INTERIEUR

Une bonne partie de nos ennuis sur cette planète vient de ce que nous n'avons pas encore appris à utiliser correctement notre cerveau: nous avons à notre disposition un outil merveilleux mais le mode d'emploi n'est pas livré avec.

Quelqu'un a dit que l'étape de l'évolution entre le singe et l'homme, c'était nous. Notre évolution n'est pas terminée et si notre civilisation et d'autres ont trouvé un certain nombre d'informations sur l'utilisation de notre tête, il reste encore beaucoup à découvrir. A nous, si nous le voulons, de devenir les explorateurs de notre espace intérieur.

I. B

Bibliographie: "Introduction à la Sémantique Générale"

H. Bulla de Villaret

"Science and Sanity" Alfred Korzybski

"Le Monde du \bar{A} ", "Les Joueurs du \bar{A} ", "Le Fin du \bar{A} " Van Vogt

Objectifs 3 – Printemps 1985

Objectifs 3 complet

Sommaire

Sommaire

Editorial: Isabelle	p.1
Récapitulation du groupe B 23 depuis le mois d'octobre 1984: Isabelle	p.2
Lettre de Clovis Durand	p.5
Céline vu par Daniel G...	p.6
...Et william Burroughs	p.7
Voyage au Bout de la Nuit (extrait)	p.9
Mes réflexions sur l'alcool: Jean-Luc	p.11
Mon voyage à Londres: Louis	p.13
Poemes: Liliane	p.16
Le chat sauvage: Daniel et Bernard	p.18
Les rêves: Jean-Louis	p.22
Photos du groupe B 23	p.24
Sondage du personnel	p.25
Commentaires sur le sondage	p.30
J'sais pas quoi faire. Qu'est-ce que je peux faire ? : Joël, Roselyne, Annie, Marie-Line	p.32
Un sourire	p.37

EDITORIAL

Nous voici donc réunis pour ce troisième numéro d'Objectifs. Nous souhaitons qu'il soit aussi apprécié que les précédents.

Plusieurs personnes nous ont demandé à qui s'adressait le journal, ils étaient surpris d'y voir des articles d'un certain niveau. Eh bien il s'adresse à tous ceux qui sont susceptibles de le lire, soignants, soignés et leur famille, secrétaires, administrateurs, etc.

Ecrivent dans Objectifs des hospitalisés et des infirmiers. Nous n'écrivons pas en fonction de nos statuts mais en fonction de ce que nous connaissons et de ce dont nous avons envie de parler. Le but de ce journal est de faire un travail de groupe réussi et revalorisant.

Ce qui a frappé certains, c'est qu'Objectifs ne renvoie pas un cliché de journal fait par des "malades mentaux". Dans la tête de beaucoup, derrière le mot "malade" il y a le mot "inférieur".

Parmi les hospitalisés, j'ai rencontré des gens qui m'ont appris des tas de choses. Pour moi, les notions de "supériorité" et d'"infériorité" sont des jugements de valeur, sans rapport avec la réalité.

Nous vivons dans un monde où les droits des gens sont fixés d'après leurs statuts et Dieu sait que celui de malade mental ne pèse pas lourd.

Pour nous, les droits des gens sont inhérents à la nature humaine et "le droit à la pensée, à la réflexion est l'un des droits fondamentaux de l'être humain".

Edgar Morin

Pour résumer l'esprit d'Objectifs, je terminerai par ces phrases de Roger Gentis tirées de "La psychiatrie doit être faite et dé faite par tous:"Que les incultes s'emparent de la culture et ce faisant la transforment. Tout le monde devrait avoir le droit d'écrire, se sentir le droit d'écrire. Qu'est-ce que c'est que cette énergie qu'il y a des philosophes professionnels, des artistes professionnels? Est-ce que la philosophie n'est pas à tout le monde? Est-ce que l'art n'est pas à tout le monde?

Je réclame pour tout un chacun, et aussi bien pour le dernier des peigne-cul, le droit entier de parler le monde, de parler les races et les continents, de faire l'art et la philosophie et de produire aussi le discours culturel!"

Isabelle

Récapitulation des réunions du groupe B 23 depuis le mois d'octobre 1984

RECAPITULATION DES REUNIONS DU GROUPE B 23

DEPUIS LE MOIS D'OCTOBRE

1984



- Octobre - Vendredi 11: Rêve éveillé: 8 participants
- Samedi 19: Réunion Objectifs 2: 8p.
- Samedi 26 : Diaporama sur le séjour à St G.
: (mois de Mai) et la sortie spéléo.: 11p.
- Du samedi 26 au mardi 29: cours de sémantique
générale: 2p.

Novembre - Dimanche 4: Réunion Objectifs 2: 8p.

Soirée tisane: 10 P.

- Lundi 5 : Soirée tisane: 13 P.
- Jeudi 8 : sémantique générale: 2 p.
soirée tisane: préparation des ques-
tions du sondage d'Objectifs 2: 6 P
Vendredi 9: soirée tisane: 10 P.
Mardi 13 : sémantique gén.: 2P.
- Mercredi 14/ Réunion Objectifs 2: 7 P.
- Jeudi 15 : Soirée tisane :4P.
- Jeudi 22 : Soirée tisane :9p.
- Vendredi 23 : Préparation à la lecture poé-
tique : 6
- Samedi 24 : sondage des hospitalisés : 4p.

Décembre - Lundi 10 : Soirée tisane: 8p.

- Mardi 11 : soirée tisane : 5 p.
- Mercredi 12: réunion Objectifs 2 : 16p.
- Vendredi 14: Soirée tisane : 10p.
- Jeudi 20 : Tirage d'Objectifs 2: 4 p.
- Vendredi 21: Tirage d'Objectifs 2: 2p.
- Samedi 22: Classement et agraffage d'Objec-
tifs 2: 8 p.

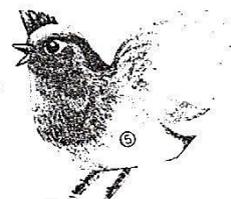


Janvier 85: - Mercredi 9: Discussion sur les articles de Sémantique générale d'Objectifs I et 2: 9 p.
 - Mercredi 16 : Roman-photo: 10 p.
 - Jeudi 17 : Géographie : 5 p.
 - Mercredi 23: Roman-photo: 6 p.
 - Samedi 26 : Réunion Objectifs 3: 4 p.

Février: - Mercredi 6 : Réunion Objectifs 3 : 6 p.
 - Mercredi 13 Roman-photo: 9 p.
 - Mercredi 20: Découverte de la nature: 7 p.

Mars - Mercredi 6 : Roman-photo: 9 p.
 - Mercredi 13 : Réunion Objectifs 3 : 5 p.
 - Mercredi 20 Hygiène : 4 p.
 - Jeudi 27 : Réunion Objectifs 3 : 6 p.
 Samedi 30 : Soirée tisane : 12 p.
 - Dimanche 31 : Thé sur le palier : 8 p.

Avril : - Mardi 2 : Soirée tisane : 8 p.
 - Vendredi 5 : Les loisirs à Thouars : 4 p.
 - Mercredi 10: Bilan école: 12 p.
 - Lundi 15: Soirée tisane: 6 p.
 - Mercredi 17: Comment louer un appartement: 10p.



Commentaires

- Les thés sur le palier et réunions tisane sont des réunions informelles où les gens ont envie de passer un moment ensemble. Le thé à lieu de 15 à 16 h., la tisane, de 21 h à 22 h, sur le palier du 2^o étage, selon le désir des participants.

- Parmi ce que nous avons entrepris, 2 projets n'ont pas abouti: la soirée poétique et le roman-photo, toutes les conditions n'ayant pas été réunies pour arriver au but souhaité et certains participants ayant quitté l'hôpital. Nous ne considérons pas cela comme des échecs. Dans le groupe B 23 nous expérimentons sans cesse, nous nous heurtons parfois à des difficultés que nous n'avions pas prévues. A nous d'en tirer les enseignements.

Budget

Nous avons un budget au centre social. Depuis janvier 84, nous avons dépensé 823,68 f pour: 12 ramettes de papier pour photocopie, 1 agrafeuse, 3 feuilles de Letraset, 2 carnets de timbres et 15 enveloppes kraft.

La vente d'Objectifs nous a rapporté 445 F. Il reste une différence de 378,68 F qui devrait être amortie avec la vente d'Objectifs 3.

Besoins actuels:

Il serait urgent que nous disposions d'une salle pour nous réunir. Voilà plus d'un an que nous en faisons la demande, en vain. Les réunions ont lieu chaque fois dans un lieu différent, ce qui n'est pas pratique et ne coïncide guère avec les principes de "repères dans l'espace"

Nous aurions également besoin d'un meuble qui puisse fermer à clef pour entreposer le matériel du journal: ramettes, journaux, argent des ventes, factures, catalogues d'images pour illustrations, etc, tout cela étant actuellement entassé dans mon placard personnel si bien que je n'ai plus de place pour mettre mes affaires.

La salle serait également utile pour faire la décoration du journal, la mise en page et taper les articles.

Une machine à écrire serait également bienvenue. Un des membres du journal en a trouvé une qui n'est plus utilisée, dite "au rebut" et qui suffirait à notre bonheur mais comme personne ne sait à qui elle appartient nous ne sommes pas autorisés à l'enlever de la pièce où elle se trouve.

Petite annonce : le propriétaire, si propriétaire il y a, de la machine Olympia dite "au rebut", entreposée actuellement au 1^o étage, est prié de se manifester.

Prévisions:

Nous sommes en mesure d'annoncer:

- le 25 avril, sortie du groupe toute la journée avec repas au restaurant.
- une réunion sur l'alcoolisme
- Cet été: un meshoui à l'hôpital, un séjour de 4 jours au mois de Septembre.

Isabelle.

Lettre de Clovis Durand²⁷

THOUARS le 27.03.1985

Chers Amis, animateurs d'OBJECTIFS ,

Votre deuxième livraison, reçue, lue, et cela avec un grand plaisir, m'amène à vous adresser ces quelques lignes.

D'abord pour vous remercier Vous m'avez fait passer des moments très agréables. Pour cela la qualité et la richesse du contenu de la Revue n'y sont sûrement pas étrangères.

Pour vous dire aussi combien il me semble important, (comme c'est le cas d'OBJECTIFS), que les nombreux articles publiés bénéficient de cet "espace-liberté" pour s'exprimer, même si les contingences de cette entreprise ne semblent pas évidentes à première vue.

Egalement pour féliciter l'Equipe "agissante" qui, prenant ses sources d'intérêt dans la rencontre avec notre quotidienneté, a su faire naître, dans la continuité de son action, cet élément d'information et de communication qu'est OBJECTIFS.

Et pour terminer, vous encourager à continuer de porter ce regard nécessaire, pour que des moments personnels ou institutionnels soient restitués dans leur forme (je pense à la poésie), et cela pour le plus grand bien de tous.

Encore bravo! Et à très bientôt!

Clovis DURAND

27. Directeur du centre de formation d'infirmiers de secteur psychiatrique de l'hôpital.

Sondage du personnel

SONDAGE DU PERSONNEL

	OUI		NON		ABSTENSIONS		TOTAUX
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
I. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?							
a) 5 ans	II	40%					
b) 10 ans	3	11%					
c) 15 ans	8	30%					
d) 20 ans	4	15%					27
e) 25 ans	I	4%					
2. Avez-vous travaillé dans d'autres hopitaux?	18	67%	9	33%			27
3. Depuis combien de temps travaillez-vous ici?							
a) - 5 ans	5	18%					
b) + 5 ans	9	34%					
c) 10 ans	13	48%					
LES ROULEMENTS							
4. Travaillez-vous sur							
a) 1 roulement	9	33%					
b) 2 roulements	3	11%					27
c) 3 roulements	15	56%					
5. Pour b et c : Etes-vous perturbé par les changements de rythme de sommeil?	16	89%	2	11%			18
6. Pensez-vous qu'il serait possible de réduire ces changements?	8	45%	6	33%	4	22%	18
7. Préférez-vous travailler:							
a) de matin?	5						
b) d'après-midi?	9						
c) de nuit?	4						
d) 9h - 17 h ?	5						

	OUI		NON		ABSTENSIONS		TOTAUX
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
8. Etes-vous attaché au système de grilles so- tuel (3/8) ?	5	27%	13	72%	9	50%	27%
9. Seriez-vous prêt à le modifier?	12	67%	5	28%	I	5%	18%
ORGANISATION DES SERVICES							
10. Etes-vous favorable à une restructuration des services en fonction du budget global ?	25	93%	I	4%	I	4%	27%
11. Voudriez-vous travailler en:							
a) Intra-hospitalier?	II						
b) Secteur (visites à domicile) ?	10						
c) Clairière ?	6						
d) Ferme thérapeutique?	10						
e) Centre social?	8						
f) Structure de jour en ville?	14						
12. Pensez-vous que le personnel infirmier soit suffisant?	2	7%	25	93%			27
13. Une part de votre travail est-elle occupa- rée par des tâches ménagères ou A.S.H.:							
a) le matin?	18	100%					18
b) l'après-midi?	9	50%	9	50%			18
14. Pensez-vous que ces tâches soient préjudi- ciables à un travail infirmier suivi?	15	56%	10	37%	2	7%	27
15. Seriez-vous favorable à l'embauche d'A.S.H. ou d'aides-soignants pour ces tâches ?(en plus du personnel infirmier)	16	59%	8	30%	3	11%	27

	OUI		NON		ABSTENTIONS		TOTAUX
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
16. Souhaiteriez-vous: a) changer de secteur?			26	96%	I	4%	27
b) exercer votre profession différemment?	23	85%	4	15%			
c) changer de profession?	9	33%	17	63%	I	4%	27
17. Les réunions existantes vous semblent-elles:							
a) correctement préparées?	4	15%	20	74%	3	11%	27
b) correctement retranscrites?	I	4%	22	81%	4	15%	27
c) utiles?	20	74%	6	22%	I	4%	27
d) efficaces?	4	15%	17	63%	6	22%	27
18. La coordination des informations vous semble t-elle satisfaisante?	4	15%	18	67%	5	18%	27
19. Aux infirmiers: Etes-vous consulté à l'even- ce sur les questions débattues:							
a) en réunions de surveillants?			17	74%	6	26%	23
b) en réunions avec l'administration?	3	13%	20	87%			23
II Etes-vous informé de ce qui s'y dit?	10	43%	13	57%			23
III Si non désiriez-vous l'être?	13	100%					13
20 Aux surveillants: Faites-vous des comptes- rendus aux infirmiers:							
a) sur les réunions de surveillants?	3	75%			I	25%	4
b) sur les réunions avec l'administration?	3	75%			I	25%	4
c) sur les visites au Directeur?					4	100%	4
21. Existe-t-il dans votre service des réunions de mêlades?	10	37%	17	63%			27
22. Si non, y seriez-vous favorable?	16	94%			I	6%	17

	OUI		NON		ABSTENTIONS		TOTAUX
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
23. Assistez-vous aux réunions de l'A.P.R.E.S?	15	56%	12	44%			27
24. Le fonctionnement de ce dernier vous semble t-il satisfaisant?	10	37%	12	44%	5	19%	27
25. Pensez-vous que les différentes structures (intra, extra, Cleirière, centre social) sont bien coordonnées entre elles?	2	7%	20	74%	5	19%	27
26. Seriez-vous favorable à la reprise des inter secteurs?	21	78%	2	7%	4	15%	27
ACTIVITES							
27. Participez-vous à des activités?:							
a) piscine?	9						
b) équitation?	8						
c) école-journal?	4						
d) activités du centre social?	8						
e) séjours, sorties?	20						
28. Vous sentez-vous soutenu dans les activités que vous faites: a) par vos collègues?	19	70%	3	11%	5	19%	27
b) par vos surveillants?	15	56%	9	33%	3	11%	27
c) par les médecins?	15	56%	7	26%	5	19%	27
29. Les activités du Centre social vous persis- sent-elles: a) suffisantes?	8	30%	15	55%	4	15%	27
b) répondre aux besoins des saignés?	6	22%	18	67%	3	11%	27
c) bien exploitées?	I	4%	22	81%	4	15%	27
30. Seriez-vous favorable à la reprise du Ciné club ouvert aux gens de l'extérieur, en villa?	21	78%	2	7%	4	15%	27

FORMATION	OUI		NON		ABSTENTIONS		TOTAUX
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
31. Êtes-vous favorable à la formation continue?	27	100%					27
32. La formation théorique que vous avez reçue correspond-elle à ce que vous vivez dans les services?	6	22%	18	67%	3	11%	27
33. Faites-vous des stages de formation continue?	18	67%	9	33%			27
34. Avez-vous pratiqué de nouvelles thérapies:							
a) Analyse Transactionnelle?	7	26%					
b) Musicologie?	3	11%					
c) Thérapies familiales?	2	7%					
d) Bio-énergie?	1	4%					
e) Relaxation?	6	22%					
f) Pecking?	5	18%					
35. Les appliquez-vous dans le cadre de votre travail: a) directement? b) indirectement?	4 9						
36. Pensez-vous que le savoir psychiatrique traditionnel soit suffisant à répondre aux besoins des soignés de façon efficace?	1	4%	23	85%	3	11%	27
37. Lisez-vous des ouvrages ayant trait à votre travail?	19	70%	8	30%			27
38. Seriez-vous favorable à l'installation d'une bibliothèque de travail dans l'hôpital?	24	89%			3	11%	27
OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR							
39. Pensez-vous que la population soit bien informée de ce qu'est la psychiatrie?			24	89%	3	11%	27
40. Seriez-vous favorable à une information de la population?	22	81%	5	19%			27

	OUI		NON		ABSTENTIONS		TOTAUX
	VOIX	%	VOIX	%	VOIX	%	
41. Par quel biais: a) réunions-débats.	23	85%	4	15%			27
b) ouverture d'Objectifs à l'extérieur?	17	63%	3	11%	7	26%	27
c) journaux locaux?	13	48%	10	37%	4	15%	27
42. Seriez-vous favorable à des contacts avec d'autres hôpitaux?	23	85%	1	4%	3	11%	27
43. Pensez-vous que l'ouverture d'un lieu d'accueil en ville ouvert à la population serait intéressant?	19	70%	3	11%	5	19%	27
44. Pensez-vous que des relations plus étroites entre hôpitaux, mairies et écoles seraient souhaitables?	19	70%	7	26%	1	4%	27
45. Pensez-vous que des relations plus étroites entre les différents services d'un hôpital seraient souhaitables?	27	100%					27



Commentaires sur le sondage

COMMENTAIRES SUR LE SONDAGE

- : - : - : -

Vous avez sous les yeux un sondage fait parmi le personnel infirmier sur divers aspects du travail.

27 personnes ont été interrogées, dans les secteurs Truurs et Bressuire, à savoir 23 infirmiers, 18 travaillant en équipes de l'intra-hospitalier et 9 à la journée, et 4 surveillants.

Comme tous les sondages, il ne reflète l'opinion que d'une partie de la population. Nous avons tenté d'évoquer les questions qui nous ont semblé principales, tous les aspects ne pouvant être abordés, ce qui est impossible, surtout avec ce genre de questionnement. C'est pourquoi, comme tous les sondages, il ne peut servir à donner que des tendances.

On peut toutefois en tirer quelques observations et il nous a semblé nécessaire d'apporter quelques précisions pour mieux l'utiliser:

I. Sur la question des roulements:

La plupart des gens faisant les 3/8 sont perturbés par les rythmes de sommeil; ils sont prêts à modifier ce type de fonctionnement. Ils ajoutent par contre qu'ils ne sont pas pour travailler dans une équipe fixe mais plutôt pour des arrangements entre collègues.

2. Organisation des services:

Une grosse majorité est pour une restructuration en fonction du budget global. Beaucoup de gens sont volontaires pour travailler dans une structure de jour en ville.

Le personnel infirmier est considéré comme insuffisant. Une majorité de gens est favorable à l'embauche d'aides soignants et d'A.S.H., à condition que cela n'entraîne pas une baisse du personnel infirmier.

Le système de réunions laisse à désirer, pas assez efficace, l'information ne passe pas assez.

Une petite majorité d'infirmiers n'est pas informée du contenu des réunions de surveillants ni des réunions avec l'administration; à noter que les comptes rendus sont faits oralement ce qui explique que certains passent à côté, même si tous les surveillants disent faire passer l'information.

Le fonctionnement de l'A.P.R.E.S. pourrait être amélioré. Beaucoup voudraient voir reprendre les inter-secteurs et aimeraient davantage de communication entre Thouars et Bressuire, même si personne ne semble désireux de vouloir changer de secteur.

3. Activités

Beaucoup y participent et se sentent soutenus par l'entourage. Un effort à faire du côté du centre social. Oui au ciné-club à l'extérieur.

4. Formation

Unanimité pour la formation continue. Beaucoup en profitent. Peu font référence au savoir psychiatrique traditionnel, les gens s'inspirent davantage de stages ou de livres. Une bibliothèque de travail serait la bienvenue.

5. Ouverture sur l'extérieur.

La population est jugée sous-informée sur la psychiatrie. Là-aussi l'information est souhaitée, surtout par les réunions-débats, comme cela avait été fait lors de la sortie de "Vol au dessus d'un Nid de Coucou", il y a 9 ans; Y avaient alors participé des médecins, infirmiers et soignés. Beaucoup sont favorables à la diffusion d'Objectifs à l'extérieur (sur le marché). Des réticences quant à l'utilisation des journaux locaux ainsi que sur des relations entre hopitaux, mairies et écoles: crainte d'un prosélytisme et d'une psychiatrisation de la population. Beaucoup souhaitent la création d'un lieu d'accueil où les gens pourraient venir parler spontanément sans être psychiatrisés. Unanimité pour des relations plus étroites entre les différents services de l'hôpital.

Objectifs 4 - Été 1985

Objectifs 4 complet

Sommaire

Sommaire

Editorial: Isabelle	1
Collage : Roselyne	3
Lettre ouverte au p̄tre Henri de Boursicaud : Louis L.	4
Séjour à Pornic - Noirmoutiers : Jean-Luc C.	10
Le chenil du Moulin Blanc dans le Nord : Pitchoun	14
Jouvency le cheval: Gemma G.	16
Volcan éteint: Vianney	17
Collage: Roselyne	18
Voyage en Espagne: Louis P.	19
Collage: Roselyne	21
Voyage en Auvergne: Jean-Jacques	22
Quelques infos	27
Livres: Carlos Castaneda : Jean-Louis	28

Éditorial

Nous bouclons ce numéro d'été in extrémis avant le tirage, numéro "spécial séjours" puisque Jean-Luc et Jean Jacques nous relatent leurs voyages respectifs à Noirmoutier et en Auvergne.

Les séjours sont généralement attendus avec impatience. On garde toujours un bon souvenir de ces moments, trop rares, trop courts, de vie et d'aventures entre hospitalisés et infirmiers, bouffées d'oxygène qui rompent avec la routine des services.

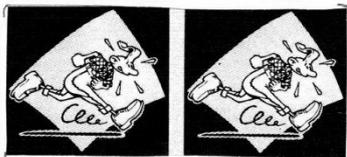
Durant les séjours, on va de surprise en surprise : Un Tel, qui n'arrivait plus à gérer correctement argent ou cigarettes, cesse brusquement de se comporter en tueur et se débrouille sans rien demander à personne, un autre réalise avec une stupeur mêlée d'angoisse qu'il y a 8 ans déjà qu'il vit à l'hôpital. D'autres, d'habitude silencieux et renfrognés, se montrent soudain causants, détendus et débordants d'initiatives, au point qu'on a peine à croire qu'il s'agisse des mêmes individus.

Pour les infirmiers, les séjours sont l'occasion de rencontres réelles avec les hospitalisés, relations non parasitées par les tâches ménagères, les problèmes de grilles ou la course contre la montre, ce qui leur permet d'être disponibles et détendus.

En séjour, on change de milieu, on découvre la nature, on fait des promenades, on fait marcher son corps

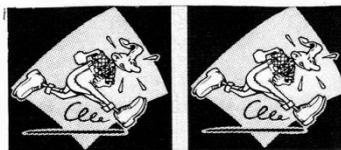


Voyage en Auvergne



VOYAGE EN AUVERGNE

§



Jean-Jacques, Anne-Marie, Daniel, Joël, Louis, Claude

§

Nous sommes partis très tôt le matin, avec, sur nos épaules, tout un berda, comme si nous étions partis faire le tour de la terre.

Le tour de la terre, il n'en était bien sûr pas question mais les paysages que nous allons découvrir en prenant le train pour l'Auvergne, ce matin-là, nous ont laissé un superbe souvenir.

Le voyage qui devait nous mener à Aurillac fut très agréable et nous permit de constater les différences de relief dès que nous arrivâmes aux abords du Cantal.

Le Cantal, nous allons en avoir un bref aperçu en arrivant à Aurillac, son chef-lieu. Déjà son altitude, 631 mètres et en levant la tête vers le nord, un massif montagneux dominé par le flanc du Cantal encore enneigé. Les stations de ski viennent juste de fermer leurs portes, c'est vous dire aussi que la température au moment où nous arrivons n'est pas des plus estivales. Nous allons nous en rendre compte la première nuit.



Nous avions prévu de faire une moyenne de 10 kms par jour. En partant d'Aurillac, nous avons tracé un itinéraire approximatif. Au dernier moment, nous décidons d'emprunter la route des crêtes qui nous permettait de longer la vallée de la Mandaille. Nous ne regrettons pas ce choix car le paysage est magnifique. Le Pays Vert porte bien son nom. D'où nous sommes, nous dominons la vallée. Aurillac s'éloigne, nous la reverrons dans 4 jours.

Déjà les premières ampoules. Daniel et Anne-Marie sont les premières victimes mais courageusement continuent la route. Le soleil a fait son apparition et donne à notre équipe une autre dimension. Le col du Cegal que nous gravissons était encore fermé cinq semaines plus tôt.

On sent bien ici que le pays est marqué par la balance des saisons. La vie et l'activité en belle saison, la survie et l'attente en hiver, ce balancement de l'activité s'insèrent dans l'habitat. On a du mal à imaginer que pour beaucoup de paysans ici la richesse est basée sur le troupeau de vaches, celui-ci devant être alimenté régulièrement durant toute la mauvaise saison. Les réserves doivent être considérables, d'où l'énorme dimension des granges. Après cinq heures de côtes, nous prenons sur la droite



vers St Simon. Nous quittons par la même occasion la Vallée de Mandailles. Tout le monde va bien, nous sommes heureux de trouver une superbe fontaine sur la place du village. Nous remplissons nos gourdes. Sans tarder nous reprenons la route. L'après-midi est déjà bien entamée et nous espérons trouver une ferme pour acheter à manger et passer la nuit. Le premier patelin que nous trouvons (cela ne s'invente pas) s'appelle L'Hopital.

Nous sommes bien accueillis par l'agriculteur. Il nous prête son champ pour la nuit avec, à proximité, une petite source. Sa maison est superbe. Ce qui retient surtout notre attention, c'est le toit, recouvert d'un matériau qui ressemble à du chiste et qui est en réalité de la phoriolite, une roche éruptive taillée en dalles assez épaisses qui donnent une impression de robustesse et de confort assez particulière. Nous repartons le matin de bonne heure après avoir pris une photo souvenir avec le maître des lieux.

Premier village à trouver, Cabanuse. Nous nous égarons pour nous retrouver au bout d'un chemin où deux paysans très aimables (ils le sont tous), nous expliquent le chemin et la topographie des lieux. Nous sommes dans la vallée de la Céri, le paysage est superbe, sauvage, c'est un paradis. Nous imaginons ce que doit être la vie de ces gens durant les cinq mois de la mauvaise saison.

Notre dernier point de chute est la vue sur Cère.





demain. Le train de 11 h 54 nous attend à Aurillac.

C'est dur de partir.

Et nous lisions ensemble dans le train:

"C'est le souffle fantastique du vent...

C'est l'odeur chaude des vaches de Salers...

C'est cette potée qui remplissait le table...

et vous avez plus que mangé, vous avez été nourris et c'était autre chose qu'un repas dans un restaurant de vacances car il y avait dans ce plat un souvenir d'enfance et un goût de campagne. C'est la vallée qui s'éveille sous le brume d'Octobre et le troupeau puissant qui sort de la nuit d'automne, opulente richesse de la haute terre.

Le Cantal, c'est tout ça.

C'est tout ce qui vous laisse comme un regret d'amertume quand vous êtes loin."



Jean-Jacques



Objectifs 5 - Automne 1985

Objectifs 5 complet

Sommaire

au menu

- Couvertures : Collages Maryline B.
- Pages 2 - Récapitulation du travail du groupe depuis le mois de **Juillet** '85 : Isabelle B.
- 7 - Comptes de la petite école : Isabelle B.
- 8 - Mon arrivée dans les Deux-Sèvres : Dominique D (Pitchoun)
- II - Séjour à Saumur: - Regard : J.L.B.
I2 " " - du 17 au 21 Septembre: Groupe B 23
- 17 - Voyage au Maroc : Louis P
- 20 - Collage : Maryline B
- 21 - Belthasar Grecien : Vianney
- 22 - Interview de Simone : Isabelle B.
- 28 - Le Foyer de Cerizay : Pitchoun
- 29 - Tempête : Vianney
- 30 - Collage collectif : J.L.B. "Hommes et femmes et animaux" : Michel, Théophile, Louis, Raphaëlle, Elise, Stéphanie, Berthy.
- 31 - Michel Foucault : Histoire de la Folie :
32 - Interview de Michel Foucault
33 - Explication du texte : Isabelle B.
- 40 - Poèmes chinois : Marie Do
- 43 - L'Enfant post-atomique : Stéphane
- Les Douze Solitaires : Marie Do
- 44 - Comme un papillon : Vianney
- 45 - Image°). Image, Imagine all the people : Roselyne.

Vous pouvez nous écrire à
Rédaction d'Objectifs,
J.L. et I. Baudron
La Vallée ou Les Coteaux,
Centre Psychothérapique
Route de Poitiers,
79100 - Thouars

**bon
appétit**

Récapitulation du travail du groupe depuis juillet 1985

Récapitulation du travail du groupe

depuis le mois de Juillet

Juillet 85



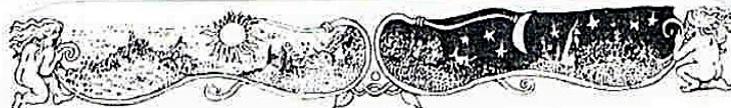
- Mardi 16 : Réunion pour Objectifs 4 : Louis F. , Jean-Luc C. , Isabelle B. , Mr C. , Jean-Louis B. Michel J. , Bernard A. .
- Mercredi 17 : Collages: Marie Do, I. B. , Michel J. Maryline B. .
- Vendredi 26 : Soirée tisane : Bernard T. , Annie E., Louis P. Gilles F., Isabelle B.

Aout

- Jeudi 1: Elaboration du programme du mois , discussion sur le contenu du prochain Objectifs : Geneviève T., Jean-Luc C., Louis P., Jean-Louis et Isabelle B. . Nous commençons également à préparer le séjour du groupe qui aura lieu en Septembre. Jean-Luc et Geneviève sont intéressés par l'idée d'une soirée poésie.
- Samedi 3 : Dominique D., Isabelle B.: rédaction de lettres de demandes d'emploi à des vétérinaires et demandes de renseignements sur d'éventuels chenils où Dominique aimerait travailler.
- Dimanche 4: Gouter sur le palier pour fêter l'anniversaire de Robert R. Participation de tous les gens des Coteaux et de la Vallée.
- Mardi 6:
 - Avec été demandé des idées de repas simples et pas chers par Joel et Jean-Luc. Présents: Dominique D., Jean-Vianney , Geneviève, Louis, Isabelle B. Les gens présents n'étant pas intéressés pour parler cuisine, avons parlé du contenu du prochain journal et vu les articles prêts à tirer. Jean-Vianney nous apporte un poème. Dans la soirée, Joël vient demander quand on doit parler cuisine. Je lui propose d'en parler avec lui lundi soir après le dîner.
 - Mardi 6 : soirée tisane: Jean-Vianney, Louis P. , Annie E. Jean-Louis et Isabelle B.

- Samedi 10 : Soirée tisane: Jean Vianney, Annie E., Noël B., Isabelle B.
- Lundi 12 : de 21 h à 22 h: Joël F, Isabelle B.: travaillons sur diverses idées de repas.
- Mardi 13 : idem.
- Jeudi 15 : Soirée tisane: Annie E., Bernard T., Jean-Vianney, Marie X, Solange B., Louis P., Robert R., Joël F., Jean-Louis et Isabelle B.
- Mercredi 21 : le tirage d'Objectifs 4 était prévu pour l'après-midi avec des soignés devant y participer. Pour des raisons indépendantes de notre volonté, ceci a du être annulé. Jean-Louis et Isabelle sont donc allés le tirer le matin en dehors de leurs horaires de travail (20 exemplaires)
 Dans la soirée: classement et agraffage d' Objectifs 4: Bernard T., Jean-Vianney, Louis P., Anne-Marie "ousseau, Simone M., Jean-Louis et Isabelle B.
- Jeudi 22: Soirée tisane: Louis P., Simone M.? Noël B., Théophile O., Jean-Louis et Isabelle B.

Septembre



- Dimanche 8 : Réunion de pensionnaires du service Coteaux à la demande de ceux-ci sur le thème "Les travaux d'entretien et de ménage effectués par les pensionnaires et améliorations à apporter dans le service". Présents: Noël B., Simone M., Eugène B., Eugène R., Isabelle B. :

§ Il est demandé que les portes de placard manquantes dans la cuisine soient remplacées par mesure d'hygiène.

§ Un lave vaisselle est demandé à l'unanimité pour le service. Avons envisagé d'utiliser celui du centre social, éventuelité rejetée par les gens qui font la vaisselle (pas pratique de descendre au rez-de-chaussée avec la table roulante, prendrait trop de temps). Voir avec l'APRES s'il serait possible d'en acheter un.

§ Une amélioration est demandée pour les poubelles

§ Question posée au sujet du pécule: pourquoi n'est-il pas accordé les dimanches et jours de fêtes aux gens qui travaillent aussi ces jours-là? Avons parlé de la loi qui fixe l'attribution du pécule.

Les soignés aimeraient rencontrer Mr Renaud, responsable

du service entretien sur ces questions, avec notre présence.

Suite à cette réunion, Mr Durand, surveillant chef du secteur Thouars s'est occupé de la question des portes de placard qui vont être remplacées et des poubelles qui vont être remplacées par des chariots roulants avec des sacs poubelle.

Lundi 10 : deuxième tirage d'Objectifs 4 (20 exemplaires) : Louis F., Isabelle B.

Classement et agrafage: Simone M., Noël B., Isabelle B.

Du Mardi 17 au Vendredi 20 : Séjour à l'auberge de jeunesse de Saumur. Participants: Louis P., Jean-Luc C.,

Dominique D., Joël F., Jean-Louis et Isabelle B.

Groupe très homogène, bonne entente entre les participants (voir compte-rendu dans l'article "Séjour à Saumur") Par contre, retour difficile pour Louis, Jean-Luc et Dominique, plus facile pour Joël qui vit à l'appartement et travaille au jardin dans la journée.

Une synthèse inter-services a été consacrée à ce séjour le lundi 4 Novembre.

- Vendredi 27: Tilleul sur le palier préparé par Louis: Berthy G., Louis, Jean-Louis, Isabelle.

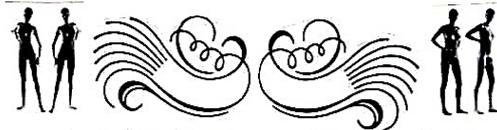
- Mercredi 25 : Dominique D., Isabelle B.: travail de français, dictée, copie des mots où des fautes ont été faites et définition des mots nouveaux

- Dimanche 29: Dominique D., Isabelle B.: correction de 2 explications de texte et d'une rédaction. Explication des mots nouveaux.

Octobre

- Samedi 12: Préparation du programme d'Octobre et confection des affiches : Dominique D., Danièle Le P., Joël F., Louis F., Isabelle B. Dominique parle également des difficultés qu'elle a en ce moment puis travaille à la correction de son article pour Objectifs.





Dimanche 13 : Soirée tisane : Danièle le P., Louis F., François L., Noël B., Berthy G., Jean Vianney, Jean-Louis, Isabelle.

- Lundi 14 : Soirée tisane : Noël B., Eugène R., Danièle Le P., Jean-Vianney, Louis F., François L., Chantal D., Isabelle B.



- Sortie promenade à Thouars : Louis F., François L., Fabrice G., Dominique D., Danièle Le P., Jean-Vianney, Joël F., Isabelle B., de 14 h à 17 h : sommes allés voir des bandes dessinées au Blé Vert, boire un pot, puis faire une promenade au jardin des plantes.

- Mardi 15 : Soirée tisane: Roselyne L., Danièle Le P, Marie G., Jean-Vianney, Louis F., Noël B., Isabelle B.

- Mercredi 16: Soirée tisane : Roselyne L, Danièle le P., Jean-Vianney, Marie G., Maurice T.

- Jeudi 17:

§ Simone M., Isabelle B.: interview pour Objectifs 5

§ Danièle Le P., Isabelle B.: français

§ Soirée tisane: Noël B., Eugène R., Danièle le P., Jean Vianney, François L., Chantal D.



- Mercredi 23 : Réunion Objectifs 5 : Danièle Le P., Marie Do, Jean-Vianney, Dominique D., Valéria C, Maryline B., Jean-Louis et Isabelle B.



- Mercredi 30: Projection des diapos du séjour à Saumur: Dominique D., Marie DO, Joël F., Danièle Le P., Jean-Vianney, Claude D., Claude X, 3 élèves aides soignantes, Jean Louis et Isabelle B.



Nous avions prévu de dîner ensemble ce jour avec tous les participants du séjour à Saumur, 3 personnes travaillant de l'après-midi. Le jour venu cela n'a pas été possible car nous n'étions plus que 2.

- Jeudi 31: Louis P., Isabelle B.: travail sur l'article sur le voyage au Maroc de Louis pour Objectifs 5, Le lendemain, Louis me donne son article retrevaillé et prêt à tirer.



Novembre

- Samedi 2 : Dominique D., Danièle Le F., Isabelle B.:
géographie, biologie, sciences naturelles.

- Dimanche 17 : La préparation d'une soirée poétique était prévue mais les gens se proposant d'y participer ne sont pas là. Sont présents : Jean-Luc, Dominique, Danièle, Joël et Isabelle. Jean-Luc, Dominique et Danièle seraient intéressés par une rétrospective des activités du groupe avec projection de diapos. Tous souhaiteraient que nous mangions en ville ensemble un soir. Dominique et Danièle discutent ensuite de leurs problèmes financiers et de projets de location.

- Mercredi 20 : Jean-Luc, Patrice, Jean-Louis, Isabelle; Jean-Luc et Patrice parlent d'un évènement dramatique survenu à l'appartement la veille et de leur vie actuelle.

- Jeudi 21 : Marie apporte dans le service 3 pages de poèmes en chinois. Traduction de deux poèmes dans la soirée.

- Vendredi 22 : Marie, Isabelle : traduction de 2 autres poèmes.

- Mercredi 27 : Réunion Objectifs 5 : Louis, Joël, Marie, Daniel G., Dominique, Danièle Le F., Roselyne, Gemma, Maryline, Jean-Louis, Isabelle. Tous les articles prévus pour le journal ont été remis, ceux tapés et décorés ont été présentés. Avons également parlé du programme de décembre. Demande du groupe : que nous leur apprenions à faire la cuisine de façon simple et pas chère. Nous proposons de se réunir à l'appartement de temps en temps un soir, de faire les courses ensemble et de dîner. Une sortie en ville à la bibliothèque et dans une librairie est prévue, ainsi que l'achat de matériel : cahiers, crayons, quelques livres. Voir avec le centre social ce qui reste sur notre budget. Demandée aussi: la décoration de notre nouvelle salle, voir auparavant avec le groupe alpha qui se réunit également dans cette salle. (La bibliothèque du 2° étage où nous nous réunissions habituellement vient d'être transformée en salon pour les réunions. Le centre social nous attribue la salle d'alphabétisation.)

Comptes de la petite école

COMPTES DE LA PETITE ECOLE
Entre le I.I.84 et le I.I2.85
§ § § §

Dépenses pour les 4 premiers Objectifs :

- 12 ramettes	823,68 F
- 1 agrafeuse	
- 3 feuilles de Letraset	
- 2 carnets de timbres	
- 15 enveloppes kraft	
- 1 boîte d'agrafes	
- 3 ramettes	134,20 F
- photos	66,80 F
- agrafes	3,30 F
	<hr/>
	1027,98 F



Recettes des 4 premiers Objectifs :

- Objectifs 1 et 2	445,00 F
- Objectifs 3	325,00 F
- Objectifs 4	150,00 F
- Encaissements centre social	135,00 F
	<hr/>
	1055,00 F

Dépenses pour Objectifs 5 :

- 3 ramettes A3	336,00 F
- photos	36,70 F
	<hr/>
	372,70



qualité
3 étoiles



DEMANDE DE CARTE 4 ÉTOILES



Regard sur le passé du séjour à Saumur à cœur ouvert



REGARD SUR LE PASSÉ DU SEJOUR A SAUMUR A CŒUR OUVERT



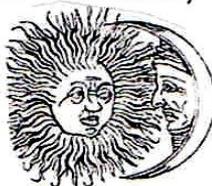
Voilà dans ce numéro 5 les derniers récits des séjours. Beaucoup de place a été consacrée à cette activité dans "Objectifs" et nous croyons savoir pourquoi. Le séjour est un moment de vie partagée pour une certaine durée, une aventure en dehors des murs sur le terrain c'est une action réelle, quelque chose de vrai qui n'a rien d'artificiel; il y a un mouvement et tout le monde est dans la même barque. Je considère personnellement que c'est pendant les séjours que j'ai le sentiment d'être plus efficace dans mon travail : situation vraie, responsabilité moins diluée, organisation discutée. Les pensionnaires ne s'y trompent pas non plus.

Le voyage à Saumur a coûté 2000,00 F pour 4 jours et pour 6 personnes, ce qui revient nettement moins cher que des journées d'hospitalisation.

Le retour par contre est toujours considéré comme dur à cause du contraste et doit être particulièrement préparé. Rares sont les séjours où les gens qui en bénéficient n'abordent pas leurs problèmes de fond; des débats spontanés se créent, des rencontres inattendues se font et c'est bien là que réside l'efficacité.

Dans l'avenir, j'espère que les séjours seront largement utilisés, séjours-chantiers régionaux avec des relais du personnel soignant, ce qui permettrait aux pensionnaires de garder le contact avec le travail, d'avoir un rôle créatif en dehors des murs, une utilité dans la société, tout en étant pour un temps accompagné. Je pense par exemple à la restauration de monuments historiques.

Souhaitons que l'avenir nous ouvre de telles éventualités pour un travail plus efficace, plus agréable et plus économique.



Jean-Louis B

Séjour à Saumur



SEJOUR A SAUMUR

Du 17 au 20 Septembre



Participants : Joël F..., Dominique D...,
Louis P..., Jean-Luc C..., Jean-Louis et Isabelle
B...

Mardi 17 :

Départ de Thouars : 10h30 avec une 4 L, accompagnés de Michel V... qui transporte le matériel. Nous arrivons à 11 h à l'auberge de jeunesse qui est située sur une île, à côté du camping, en plein centre de Saumur. Il fait un temps magnifique. Nous déposons les bagages dans le hall, Michel repart et nous sortons en ville pour aller à l'office du tourisme et nous mettre quelque chose sous la dent. Tentative décevante dans un fast-food où des hamburgers, petits et chers, n'arrivent pas à caler nos estomacs. Nous décidons de retourner à l'auberge pour un repas décent que nous prenons sur l'herbe, dans le camping, entourés de vacanciers étrangers.

Après le déjeuner, nous buvons un thé en consultant les dépliants et repartons ensuite en ville faire des courses. Le chemin pour rejoindre le quartier commerçant longe les quais de la Loire, bordés de riches demeures anciennes. Nous visitons le vieux Saumur, des églises





aux belles tapisseries médiévales et faisons quelques achats : un cahier pour Fitchoun, des cartes postales, des diapos. Nous sommes frappés par l'abondance des vitrines et le nombre de touristes anglais, allemands et américains. Arrêt dans un magasin d'animaux (oiseaux, serpents, poissons) puis faisons les courses pour le dîner.

De retour à l'auberge, nous faisons le tour du camping avec promenade sur la digue, puis allons ranger les sacs dans la chambre à 8 lits superposés.

Nous préparons ensuite le repas et dînons dans la grande salle avec coin cuisine. Puis Joël fait les comptes et nous écrivons le compte-rendu de la journée en admirant la vue sur le château éclairé.



Mercredi 18

Lever à 9 heures, bonne nuit pour tous ponctuée par quelques ronflements. Petit déjeuner dans la grande salle (oeufs, cake fruits, café) puis direction le centre-ville par le petit chemin qui longe la rivière jusqu'au grand pont de pierre. Louis s'achète des lacets, Fitchoun, un livre ("Crocs Blancs") Retour par les rues piétonnes. Nous mangeons un morceau et faisons des photos de l'église St Pierre et de vieilles mai-

sons sur la route qui monte vers le château, une magnifique bâtisse du XV^e (I3 F l'entrée) Nous visitons d'abord des cachots et des caves humides, puis le guide nous dirige vers les étages, jusqu'au musée du cheval. Joël admire les mors de différents pays et de différentes formes, Jean-Luc s'extasie sur les selles et harnachements. Retour dans la cour intérieure avant de continuer vers le musée des arts décoratifs : porcelaines de Nevers, Limoges, gigantesques tapisseries du Moyen-Age, dalles aux fleurs de lys et vue magnifique sur la Loire et les jardins du château.



Nous regagnons ensuite les vieilles rues de la ville, visite de Notre Dame des Ardilliers puis retour au camping vers 18 heures.

Là nous confectionnons une super salade avec des oreilles de cochon, des tomates, oeufs, fromage, oignons, céleri. Vers la fin du repas, deux Allemandes se joignent à nous pour des conseils sur leur itinéraire. Un Russe émigré aux States se joint à la conversation ainsi que 2 Américains, en fin de soirée

Jedi 19

Après le petit déjeuner, les garçons partent faire les courses pour un pique-nique tandis que les filles restent pour travailler sur le livre "Crocs Blancs" (explica-

tion des mots difficiles). A leur retour, nous partons sur la route de Doué en direction de Denezé. Nous découvrons un petit coin charmant à côté d'un vieux lavoir où nous nous arrêtons pour pique-niquer. Puis nous gagnons Denezé, des caves où sont entreposées depuis le XVI^e siècle des sculptures taillées dans le tuffe par des compagnons libertaires. Un commentaire avec des diapositives nous explique dans le détail l'origine des figurines, leur signification et les difficultés que rencontrent les conservateurs pour garder leur trésor en état de conservation. Plus tard, nous rejoignons le village de Rochemenier situé quelques kilomètres plus loin où se trouvent quelques maisons troglodytes



et une petite église du XIII^e siècle consacré à Sainte Emérance, supposée guérir les coliques.

Retour à l'auberge, douche pour tout le monde pour se faire beau et aller au restaurant "Le Promenade", le long de la Loire, repas copieux et très bon , très bon moment aussi pour tout le monde.

A l'auberge, nous tombons sur 3 Québécois, partis la veille de Montréal qui cherchent des Français à la recherche de renseignements sur la France. Etonnement du groupe en les entendant parler québécois, et devant les questions



Interview de Simone

Simone est suivie en psychiatrie depuis les années cinquante. Venant de N. ou elle avait été hospitalisée une dizaine d'années, elle est arrivée à T. à l'ouverture de l'hôpital pour pouvoir se rapprocher de sa famille. Elle a donc vécu de l'intérieur l'évolution de la psychiatrie depuis une trentaine d'années. Elle a bien voulu répondre à nos questions pour Objectifs et nous donner son point de vue sur les divers hôpitaux qu'elle a connus et les différentes méthodes de soins qu'elle y a subies.

Simone: Ici, c'est mieux qu'a. N., on a la liberté.

Objectifs: C'était fermé, là-bas, à N. ?

S.: Oh ! Oui, on ne sortait qu'avec une infirmière

O.: Jamais vous ne sortiez toute seule ?

S.: Non, non, les portes étaient barrées.

O.: C'étaient des services de combien de personnes à peu près ?

S.: Ah ça ! Je ne saurais pas vous dire. C'était un grand service mais par contre les gens qui étaient hospitalisés dans mon service étaient bien, quoi ! Tout le monde n'était pas mélangé comme ici. Il y avait plusieurs pavillons. Les incurables, on ne les voyait pas. C'était au 5. On était choisies, on était toutes bien. On avait des roulements de vaisselle. On ne la faisait pas toutes les semaines.

O.: Vous ne faisiez pas la vaisselle tous les jours comme ici ?

S.: Non, une semaine on faisait la vaisselle, l'autre semaine on débarrassait les tables, on allait chercher le café à la cuisine le matin, on se relayait, on était nombreuses aussi. N., c'est plus grand qu'ici.

O.: Est-ce que vous touchiez un pécule à N. ?

S.: Oui, on en touchait. Je brodais aussi. On embauchait à 2 heures pour finir à 6 heures et on travaillait aussi le matin. Les heures, je ne m'en souviens plus.

O.: Vous étiez occupée une bonne partie de la journée ?

S.: Oh oui. Mais j'étais en meilleure santé, maintenant j'ai de l'arthrose, ça handicape.

O.: Aviez-vous des entretiens avec le médecin ?

S.: Non, nous n'avions pas de réunion, qu'avec des jeunes. Je n'ai jamais vu de médecin. J'avais vu le docteur T. mais quand il est mort, le docteur W. est venu. Il ne m'a pas appelée. Jamais nous n'avions de réunion avec lui.

O.: Et ici, est-ce que le docteur vous appelle dans son bureau ? Avez-vous des entretiens avec lui ?

S.: Pas vraiment. Seulement quand je veux partir.

O.: Vous demandez à le voir et vous lui expliquez les conditions dans lesquelles vous sortez ?

S.: Oui. On m'a dit ce matin qu'il voulait bien que je parte, quant aux conditions, il a dit qu'on en reparlerait. Moi je suis d'accord, mais s'il veut me faire revenir ici une fois par semaine, moi je ne veux pas. Je préfère que les infirmières viennent me voir plus souvent.

O.: Mais vous irez peut-être à la Clairière ?

S.: Oh, non, non ! C'est trop loin. C'est là que je piétine. C'est une trop longue marche. Déjà quand je vais à la Coop ou à la Caisse d'Epargne ou au marché, c'est trop loin.

O.: Est-ce que vous aviez une pension à N. ?

S.: Non.

O.: C'est en arrivant ici que vous en avez eu une ?

S.: En arrivant ici, je me suis mise à travailler à l'extérieur. Je faisais des heures de ménage.

O.: Mais à ce moment-là vous touchiez une pension ?

S.: Non.

O.: Et la pension que vous avez maintenant, c'est une pension pour adultes handicapés ?

S.: Je ne sais pas, mais je n'ai pas de carte d'adulte handicapé, tandis que R. a une carte de handicapé.

O.: Je sais qu'il y a deux sortes de pension: pour adulte handicapé et la pension d'invalidité.

S.: C'est la pension d'invalidité que j'ai.

O.: Et vous touchez combien par mois, en gros ?

S.: Ah ! Je ne peux pas vous dire.

O.: Vous ne savez pas si c'est autour de 1000 ou 2000 francs ?

S.: Non.

O.: Mais pour en revenir à N., vous sortiez en promenade quelquefois ? Comment ça se passait quand vous vouliez aller faire des courses, par exemple ?

S.: Quand on voulait aller faire des courses, on sortait avec une infirmière et trois pensionnaires

O.: Et vous êtes restée combien de temps à N. ?

S.: Une dizaine d'années. Je venais de l'Oise, du plus grand centre psychiatrique d'Europe. J'habitais dans la Seine et Marne et je suis allée là-bas. C'était une ville de malades, il y avait une grande boulangerie à l'intérieur, des grandes portes noires, des barreaux aux fenêtres, des camisoles de force, des maillots de corps, des chaînes. Moi, je n'ai jamais eu tout ça, je n'étais pas méchante. Il y avait des maillots complets. Vous connaissez ça, non ?

O.: Non.

S.: Le maillot complet, on attache les bras au lit et les jambes au lit pour qu'on ne donne pas de coup de pied.

O.: Tout ça n'existe plus maintenant. Il n'y avait pas les mêmes médicaments qu'aujourd'hui aussi.

S.: Ça commençait juste, en 55.

O.: C'est en 55 que vous avez été hospitalisée pour la première fois ?

S.: Là-bas, oui. Sinon je suis allée à Avrillé, près d'Angers. Ils m'ont fait des électrochocs.

O.: Et qu'est-ce que ça vous a fait ?

S. Ça faisait de l'effet un mois, puis je rechutais. Ensuite, mon mari m'a dit, "On va te faire hospitaliser à Clairmont". Et à Clairmont, il paraît qu'ils ont dit que je n'aurais jamais dû avoir d'électrochocs.

O.: Et à Clairmont, vous y étés restée combien de temps ?

S.: De 55 à ... je ne me souviens plus. Plusieurs années. Mon mari, au début, il me sortait. Et puis après, il m'a laissée à l'hôpital psy. On n'a pas divorcé, c'est pour ça que je porte toujours mon alliance. On est encore mariés. Il est en retraite maintenant.

O.: Vous n'avez pas de nouvelles de lui ?

S.: Non. J'en avais par ma fille, mais ma fille est morte maintenant. Je suis tombée malade à 23, 24 ans. Mes enfants étaient tout petits. Danièle se souvenait de moi. Je prenais ma fille. Mon fils, j'allais le voir toutes les semaines, mais il n'a pas souvenance de moi. Il était trop petit.

O.: Et lui, où est-ce qu'il était ?

S.: Chez ma belle-mère, dans la famille.

O. Et quand vous êtes venue ici, de N., qu'est-ce qu'on vous a dit ?

S.: Que c'était pour me rapprocher de ma famille. Et T. c'est ma dernière escale.

O.: Ici, finalement, vous avez une maison ?

S.: Oui, c'est bien, mais si j'arrive à couvrir tous mes frais. Je me fais installer le téléphone.

O.: Et s'il y avait des améliorations à apporter ici, lesquelles souhaiteriez-vous ?

S.: Que tous les malades ne soient pas mélangés.

O.: Vous trouvez que c'est un inconvénient ?

S.: Oh, oui ! Parce qu'Untel, j'en ai peur.

O. Vous supportez mal les violences, les bagarres ?

S.: Oh, oui ! Quand Untel pousse ses colères, j'en ai peur. Je n'avais jamais vu ça ailleurs. Il serait en cellule ou attaché. Vous n'en avez pas peur, vous ?

O.: Si, ça m'arrive.

S.: Tiens ! Mais il y a aussi des gens qui sont gentils, comme madame B. Elle est gentille, cette femme-là. Elle va bientôt partir, elle aussi. Elle reviendra pour ses piqûres.

O.: Et ici, qu'est-ce que vous faites ? Vous participez au restaurant ?

S.: Oui, ça me plaît, ça.

O: Voyez-vous d'autres améliorations à part ça ? Vous parliez du pécule, l'autre jour, à la réunion, vous auriez souhaité avoir un pécule le dimanche et les jours de fête pour la vaisselle.

S.: Oui, ça vous pouvez le dire. Et d'ailleurs, il n'y a pas que moi qui le dis.

O.: Sinon comme activité, qu'est-ce que vous aimeriez faire ?

S.: Oh ! Maintenant je vais partir. Autrement, ce serait la couture. Sinon, l'encadrement, c'est une affaire d'homme, ça, je trouve. Et les puzzles, ce n'est pas si facile, un vrai casse-tête chinois. C'est vrai, hein ! Et le dessin, je ne fais pas des choses extraordinaires. Je n'ai que mon certificat d'études. Il y a un véritable artiste peintre en dessous. C'est beau, ce qu'il fait. Tout ce qu'il fait, on voit que c'est un peintre.

O.: Voyez-vous autre chose à dire ?

S.: Non, c'est tout. Moi, je suis très sensible, aux contrariétés comme aux joies. Une petite joie, c'est une grande joie pour moi, et une petite contrariété s'en est une grande.

O.: Voyez-vous autre chose à rajouter ?

S.: Non.

O.: Je vous remercie de cet entretien, Simone. Vous aurez le prochain Objectifs gratuitement puisque vous y avez participé. Si vous êtes chez vous quand il sortira, nous vous l'enverrons.

Propos recueillis par Isabelle Baudron

Interview de Michel Foucault

Michel Foucault était un philosophe considéré comme un des intellectuels contemporains les plus marquants. Son œuvre, considérable, traite de la vérité, du savoir, de la morale et de la politique. Il a écrit également une « Histoire de la sexualité ». Il s'est engagé politiquement à côté de ceux que la société a marginalisés. Il s'est d'abord intéressé aux origines de la médecine, et en particulier de la psychiatrie. Son livre « Histoire de la Folie à l'Age Classique » en témoigne. Il nous en parle dans cet entretien avec Nicole Brice, qui date du 31 Mai 1961, radio diffusé sur France Culture.

(Le sens des mots soulignés est précisé dans l'explication du texte ci-dessous.)

« Il m'a semblé que la folie était un phénomène de civilisation aussi variable, aussi flottant que n'importe quel autre phénomène de culture, et c'est au fond en lisant des livres américains sur la manière dont certaines populations primitives réagissent au phénomène de la folie que je me suis demandé s'il ne serait pas intéressant de voir comment notre propre culture réagit à ce phénomène.

Il y a des civilisations qui l'ont célébrée, d'autres qui l'ont tenue à l'écart; il y en a d'autres qui l'ont soignée, mais ce sur quoi je voulais insister c'est précisément sur le fait que soigner le fou n'est pas la seule réaction possible au phénomène de la folie. Je crois que parmi les fous il y a des gens aussi intéressants que chez les normaux et également autant qui sont inintéressants. Il n'y a pas de culture sans folie et c'est ce problème absolument général des rapports d'une culture avec la folie que j'ai voulu étudier sur un cas précis, c'est-à-dire sur les réactions de la culture classique à ce phénomène qui paraît si opposé au rationalisme du dix-septième siècle et du dix-huitième siècle et qui est la folie.

Je crois que le dix-septième siècle représente précisément un tournant: avant le dix-septième, en tout cas jusqu'au début du dix-septième, jusqu'à l'âge baroque à peu près, le fou a une existence entièrement libre. Il était en quelque sorte à la surface de la culture et il y vivait d'une présence extraordinairement visible. Il y avait des fêtes des fous, il y avait tout un théâtre consacré à la folie, le fou lui-même avait une place dans la littérature, il y avait une iconographie de la folie, c'est Jérôme Bosch, c'est Bruegel également; bref, on peut dire que le seizième siècle et le début du dix-septième siècle ont été surplombés par le thème de la folie comme la fin du seizième et le début du quinzième l'avaient été par la hantise de la mort. A ce moment-là, la folie était un phénomène tellement institutionnel et reconnu que certains fous, et l'un d'entre eux en particulier qui s'appelait Bluet d'Arbères, ont publié leurs œuvres, ou plutôt des gens ont publié pour eux des textes tout à fait extraordinaires, absolument illisibles d'ailleurs, et qui servaient de distractions. C'étaient des poèmes, c'étaient des histoires, c'étaient des romans et au fond jusqu'à un certain point, le Don Quichotte de Cervantès peut s'inscrire dans toute cette grande tradition de la littérature de la folie ou de la littérature sur la folie.

Et je crois que toutes les familles ont toujours été de tous temps très ennuyées d'avoir des fous. Chaque village, chaque quartier, les villes, avaient leurs fous qui étaient entretenus, qui étaient soignés, qui étaient jusqu'à un certain point honorés. Mais justement je crois que ce qui a commencé à faire changer le statut du fou, c'est à partir du moment où la famille sous sa forme bourgeoise a pris dans la société une grande importance.

Et c'est au dix-septième siècle, quand les normes économiques de la vie ont changé, à l'époque du mercantilisme, que le fou, personnage oisif, personnage qui dépensait de l'argent et qui ne rapportait rien, le fou est devenu terriblement encombrant. Et la sensibilité sociale à la folie a changé en fonction, me semble-t-il, de ces phénomènes économiques.

A notre époque, notre culture est une culture dans laquelle tout le phénomène de la folie a été confisqué par la médecine. Pour nous, un fou c'est un malade mental. Or cela n'a pas été vrai de tous temps. Le fou, au dix-septième et au dix-huitième siècles, n'était pas un malade mental, c'était avant tout un asocial. On enfermait les fous avec d'ailleurs bien d'autres asociaux dans des sortes d'asiles. C'étaient les hôpitaux généraux en France et là, on les faisait travailler. On les faisait travailler à de grandes entreprises, à des manufactures où on leur faisait fabriquer par exemple de la toile, de la corde, etc. et ils avaient un rôle réel dans la vie économique. Cela a changé, là encore, pour beaucoup de raisons; avant tout, je crois pour des raisons économiques, quand on s'est aperçu que ces grandes institutions où l'on enfermait les fous avec tous les oisifs, tous les pauvres, tous les mendiants, tous les vagabonds, avec les libertins, les homosexuels, avec les prostituées, etc., quand on s'est aperçu que ces vastes institutions ne correspondaient au fond à aucune utilité véritable. On s'est aperçu qu'elles coûtaient de l'argent, qu'elles retiraient de la circulation une main d'œuvre qui était utilisable, alors à partir de ce moment-là on a supprimé toutes ces institutions, ou plutôt on en a chassé tous ceux qui n'étaient pas fous. Et maintenant les fous occupent les asiles, c'est-à-dire qu'ils sont maintenant les seuls à résider dans ces lieux d'internement qui avaient été aménagés pour bien d'autres aux dix-septième et au dix-huitième.

Je crois qu'actuellement il y a un phénomène très important qui se passe depuis Nietzsche, depuis Raymond Roussel, depuis Van Gogh, depuis Artaud surtout, la folie est redevenue ou commence à redevenir ce qu'elle était aux quinzième et au seizième siècles, c'est-à-dire un phénomène de civilisation extraordinairement important. Et, de même que la folie avait été au seizième siècle, début du dix-septième siècle, chargée de porter en quelque sorte la vérité, de l'exprimer dramatiquement, eh bien il semble que maintenant la folie retrouve un petit peu de cette mission, et qu'après tout, une part de la vérité contemporaine, de la vérité de la culture contemporaine, a été proférée par des gens qui étaient à la limite de la folie ou qui faisaient de la folie l'expérience la plus profonde comme Roussel, Artaud. » Michel Foucault

Explication du texte

Phénomène de civilisation: ce sont les événements qui se produisent à un moment donné dans une société donnée. Par exemple, en France actuellement, on parle du vieillissement de la population comme d'un phénomène de civilisation. Cela veut dire que les gens vivent plus vieux qu'autrefois, en moyenne jusqu'à 77 ans, parce qu'ils sont mieux nourris et mieux soignés. Mais cela n'est pas vrai dans tous les pays. Dans certains pays pauvres, comme le Togo, en Afrique, les gens ont une espérance de vie de 35 ans.

Primitif: qui est d'une civilisation peu évoluée sur le plan technique.

Civilisation: Ensemble de caractères propres à une société donnée. En 1985, en France, nous vivons dans la société industrielle occidentale.

Michel Foucault s'interroge sur la façon dont on considère la folie dans notre société, notre pays. Il a lu des livres sur la façon dont d'autres peuples, d'autres sociétés, la vivent. Il pense que la folie existe dans tous les pays, mais il s'est aperçu que l'attitude des gens par rapport à la folie était différente selon les sociétés auxquelles ils appartiennent. Il a également étudié la façon dont on la considérait autrefois dans notre pays, et il s'est aperçu que cela dépendait des époques.

Culture: c'est l'ensemble des aspects intellectuels d'une civilisation: la philosophie, la littérature, les sciences et l'art.

Culture classique: elle correspond au règne de Louis XIV (le Roi Soleil), au 17^{ème} siècle.

Rationalisme: courant de pensée influencé par Descartes (1596-1650), le père de la logique cartésienne. Les philosophes rationalistes rejettent toute autre autorité que celle de la raison, et refusent toute croyance religieuse. A la fin du 17^{ème} siècle, le cartésianisme va détruire l'art classique et l'esprit religieux. La folie perd alors sa dimension religieuse (au moyen âge, les fous étaient les envoyés de Dieu, ou du diable à l'époque de l'inquisition) pour devenir l'opposé de la raison, la dé-raison.

Tournant: époque où les événements changent de direction.

Age baroque: se dit de la littérature française sous Henri IV (1589-1610) et Louis XIII (1610-1643) caractérisée par une grande liberté d'expression: les gens pouvaient écrire ce qu'ils voulaient sans être inquiétés.

Iconographie: étude des diverses représentations figurées d'un sujet. A cette époque, des peintres, des écrivains, travaillaient sur la folie qui était alors un phénomène important.

Jérôme Bosch: peintre hollandais (1450-1516) qui a peint des sujets fantastiques ou symboliques.

Pieter Bruegel: peintre flamand (1525-1569) considéré comme l'héritier de Bosch.

Surplombé par: dominés par. A cette époque (16^{ème} siècle et début du 17^{ème}), les artistes réfléchissaient et travaillaient principalement sur le thème de la folie.

Hantise: peur obsédante. A la fin du 14^{ème} et au début du 15^{ème}, les gens étaient surtout préoccupés par l'idée de la mort, de la fin du monde. Il y avait alors beaucoup de guerres et d'épidémies de peste.

Un phénomène institutionnel: la folie était alors un phénomène reconnu officiellement par la société; les fous n'en étaient pas rejetés, ils jouaient un rôle important.

S'inscrire dans: faire partie de.

La famille sous sa forme bourgeoise: au 17^{ème} siècle; la bourgeoisie devint la classe la plus influente alors qu'auparavant les nobles étaient plus puissants.

Mercantilisme: doctrine des économistes des 16^{ème} et 17^{ème} siècles tendant à procurer à l'état les moyens d'obtenir les richesses

La sensibilité sociale à la folie: la façon dont les gens ressentent la folie, leurs réactions par rapport à elle.

Asocial: qui n'est pas adapté à la vie en société.

Oisif: personne sans profession, qui ne travaille pas.

Libertins: c'étaient des gens qui, au 17^{ième} siècle, tendaient à se libérer de l'influence des religions. Ils furent combattus par Richelieu.

Nietzsche: philosophe allemand (1844-1900). Il a remis en question les valeurs et la morale de son époque. Dans son livre le plus célèbre, « Ainsi parlait Zarathoustra », il fait parler un surhomme à l'esprit libre qui crée de nouvelles valeurs. Atteint de paralysie générale et considéré comme fou, il fut interné en 1889 puis soigné par sa famille.

Les valeurs d'une époque: ce qui est considéré comme vrai, beau, bien, par une société, à une époque donnée. Les valeurs ne sont pas toujours les mêmes, elles changent selon les sociétés et les époques.

Raymond Roussel (1877-1933): écrivain français. Il écrivit des œuvres poétiques et des pièces de théâtre. Considéré comme maniaco-dépressif. Son œuvre a été revendiquée par les Surréalistes. Mort d'une intoxication aux barbituriques.

Van Gogh: célèbre peintre et dessinateur hollandais (1853-1890). Il s'installe à Arles en 1888 où il fut interné, souffrant d'hallucinations. Il se suicida en 1890.

Antonin Artaud: écrivain français (1896-1948). Dans son œuvre poétiques, il tenta de rendre compte de son expérience d'accéder aux sources profondes de la pensée. Il souffrit de déséquilibre mental dès son enfance. Il rejoignit les Surréalistes puis se consacra au théâtre. Dans ses « Correspondances », il parle de ses hospitalisations, de ses souffrances et de ses relations avec les médecins. (« Lettres de Rodez ») et il remet en question la notion de folie. Il fut aussi un acteur de talent.

Dramatiquement: tragiquement.

Proférées: dites.

Objectifs 6 - Printemps 1986

Objectifs 6 complet

Sommaire

SOMMAIRE

2	Edito	Isabelle
3	Pater Noster	Daniel G.
4	Mon Délire	Yvonne B.
5	Le chentier à Carcassonne	Dominique D.
10	Histoire d'un chien à problèmes	Dominique D.
11	Promenade en bateau	Dominique D.
12	Putez-moi la Paix, la paix... la paix.	Roselyne L.
14	Collages	Roselyne L.
18	Spéléologie	Dominique D. Danièle L. P.
21	Résumé du séjour à Chambon	Domy et Danièle
22	Emois	Louis L.
23	La Neige	Louis L.
24	Collage: Les Bâisseurs de Cathédrales	Jean-Louis B.
26	Le Yi King	Maryline B. Dactylo: Annie F.
30	Poèmes chinois	Marie Do.
32	Poèmes	Danièle L. P.
34	William S. Burroughs Interview	Bill Rich Traduction : I. B.
38	Dessin	Jean-Luc C.
39	Sur la structuration du temps	Jean-Louis B. Isabelle
43	Effroi	Louis L.
44	Charte du mélode hospitalisé	
46	Activités du groupe B 23	

E

La confection de cet Objectifs 6 s'est étalée sur 5 mois. Trois réunions de 2 heures lui ont été consacrées, plus le temps du tirage. Objectifs est devenu notre aventure. Il nous permet de réaliser l'autonomie dans la coordination, malgré le manque de temps.

Objectifs 6 est justement un numéro "spécial temps": nous avons réservé 3 réunions au thème de la structuration du temps (voir compte-rendu) et y avons joint une interview inédite en France de l'écri-

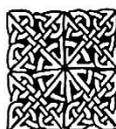
vain américain William Burroughs qui nous parle du temps.

A l'occasion de l'élaboration d'un livret d'accueil pour l'hôpital, nous avons consacré une intervention à la Charte des hospitalisés, inspirée de celle de l'hôpital de Toulon que nous a envoyée Jean-Pierre V... La notion d'usager de la santé publique implique la connaissance de ses droits. Beaucoup les ignorent.

"Que chacun, homme, femme, enfant, ait droit à respirer l'air de la vie, c'est-à-dire le droit d'apprendre, droit de circuler, droit de jouer, droit de travailler. Cela quelles que soient son origine, sa fortune ou son infortune. Cela même s'il est victime d'un malheur public ou privé, chômage, agression, maladie, désespoir...

"Que chacun, homme, femme, enfant, ait sa part à la création de la société future. Qu'il invente à sa place, à sa façon, avec son travail, avec ses mots, avec ses talents, avec ses armes particulières, quelles qu'elles soient, la société future." Dans notre hôpital, ces mots de Michel Butel résument bien nos objectifs.

Isabelle.



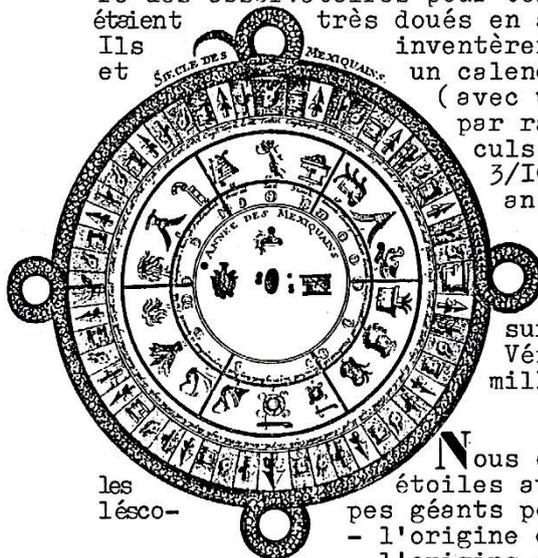
Structuration du temps



SUR LA STRUCTURATION DU TEMPS

Après avoir domestiqué le feu, à l'aube de l'humanité, l'homme (un courageux) a voulu domestiquer la nature. Pour cela il a cherché des points de repère. C'est avec son imagination et sa "raison" qu'il a nommé ces repères : le temps, le signe, le langage, l'écriture ont vu peu à peu le jour...

Depuis "l'aube du temps", l'homme s'est préoccupé du temps, il s'est tourné vers les étoiles et il les a nommées: le peuple MAYA (Mexique, Guatemala) vers l'an 600 de notre ère s'est mis à construire des observatoires pour tenter de comprendre les étoiles. Les Mayas étaient très doués en astronomie et en mathématiques.



Ils inventèrent un système de calcul et un calendrier très précis (avec une marge d'erreur par rapport à nos calculs modernes de $3/1000^\circ$ de jour par an!). Ils se permettaient le luxe de calculer le nombre d'éclipses sur la planète Vénus pendant 1 million d'années.



Nous continuons d'observer les étoiles avec nos satellites et les télescopes géants pour essayer de "raisonner" l'univers.

- l'origine de l'univers?
- l'origine du temps ?

La notion de temps et les distances :

La lumière en provenance du soleil (la lumière voyage à la vitesse de 300.000 kms par seconde) met 8 minutes pour parvenir jusqu'à nous, celle qui est réfléchiée sur la surface de la lune met 1 seconde. Nous voyons donc une image du soleil vieille de 8 minutes, une image de la lune vieille d'une seconde. La première étoile est à moins de 3 années lumière de la terre soit 30 000 million de kilomètres. Un observateur qui regarderait la terre d'une planète située à côté de cette étoile en cet instant verrait une image de la terre vieille d'environ 3 ans! Certaines étoiles situées dans de lointaines galaxies nous permettent à cause de ce phénomène de voir ce qu'elles étaient il y a des millions d'années.. On peut dire que le temps est lié à l'homme. Pour l'animal, ni le temps ni la raison n'existent.

La plante relie entre elles des énergies.

L'animal relie entre eux des points situés dans l'espace.

L'homme, en plus des énergies et des points situés dans l'espace relie entre eux des moments dans le temps dépassant sa propre durée de vie.

L'homme est celui

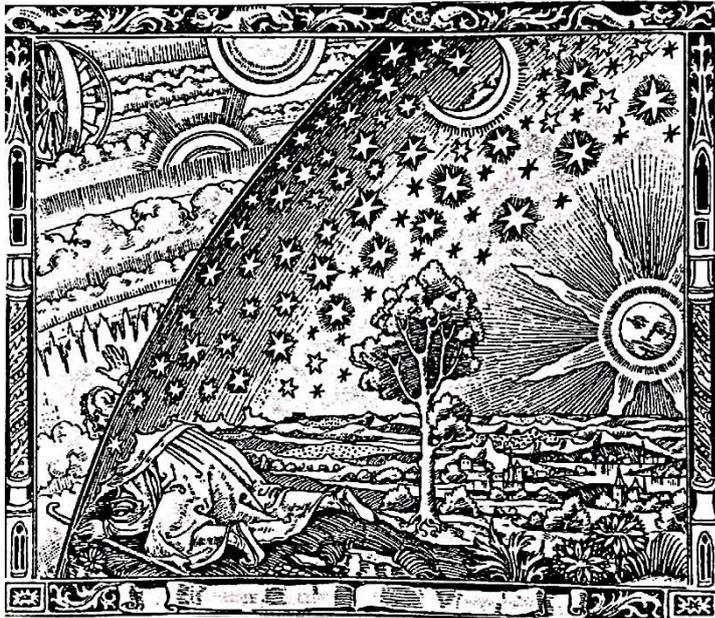
qui structure son temps.

Calendrier mexicain. — Herrliberger, *Heilige Ceremonien*, 197, planche XC, n° 1, gravure.



(La terre, photographiée depuis la lune par l'eugin Apollo de la NASA.)

PYRAMIDE MAYA (PALENQUE)



La notion de structure :

"Une structure, c'est l'ensemble des relations existant entre les différents éléments d'un ensemble"

H. Laborit

Cela peut paraître compliqué au premier abord mais il s'agit en fait de choses simples que nous vivons tous les jours :

- un ensemble, c'est un groupe, cela peut être un groupe de choses ou de gens.
- un élément, c'est une partie du groupe : dans un groupe de gens, chaque personne est une partie, un élément du groupe.
- les relations, ce sont les rapports, les liens qui unis-

sent les parties du groupe, les éléments de l'ensemble.

Exemple : Prenons un jeu de cartes classique:

Ce jeu est l'ensemble des cartes. Les cartes sont les éléments du jeu. On n'assemblera pas les cartes de la même façon selon qu'on joue à la bataille, au poker ou à la belote. Les éléments des jeux seront les mêmes, l'ensemble également puisqu'on aura toujours en main le même jeu de cartes mais les combinaisons, les relations entre les cartes seront différentes selon le jeu auquel on jouera.

On peut donc dire que la structure du poker est différente de celle de la belote et différente de celle de la bataille, etc...

Quelques remarques sur la notion de temps :

I) Le temps comme nous le ressentons : une même durée va nous sembler plus courte ou plus longue selon ce que nous allons faire ou ressentir pendant cette durée :

- quand nous sommes très occupés à faire quelque chose qui nous intéresse, on dit souvent qu'on "ne voit pas le temps passer"
- à l'inverse si nous nous ennuyons ou si nous nous inquiétons en attendant quelqu'un qui tarde à arriver ou si nous sommes dans une situation douloureuse ou inconfortable, nous avons l'impression que le temps passe plus lentement, que "les minutes passent comme des heures".
- quand nous dormons, si nous nous réveillons en pleine nuit, nous devons regarder notre réveil pour savoir l'heure qu'il est. Nous ne pouvons dire si nous avons dormi 2 ou 5 heures, par exemple. Pendant le sommeil, nous n'avons pas la notion du temps.

La façon dont nous ressentons la durée du temps dépend non de la durée elle-même mais de ce que nous faisons pendant ce temps-là. On dit que la sensation du temps est subjective, c'est à dire qu'elle varie selon chacun.

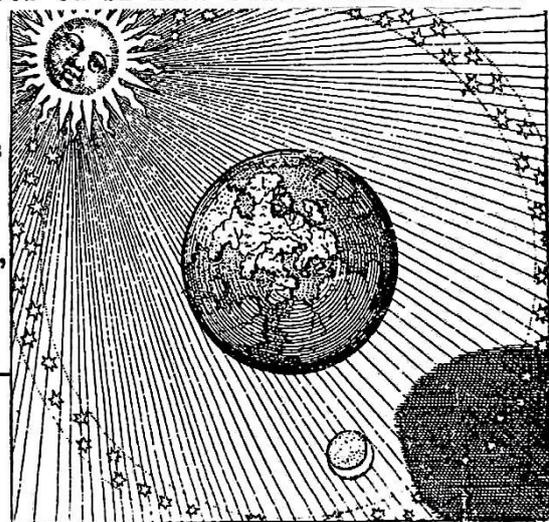


Fig. 81. « Sol et eius umbra » (le soleil et son ombre). La terre est à mi-chemin entre la lumière et les ténèbres.



2) Le temps n'est pas quelque chose qui existe en soi. Ce n'est pas un objet qui existerait en dehors de nous : il n'existe que s'il y a quelqu'un pour le ressentir.

Le temps est quelque chose que nous ressentons par rapport à des événements qui se produisent en nous et en dehors de nous. Le "temps" est un mot que nous utilisons pour représenter le cours des événements que nous percevons. Ce n'est qu'une forme humaine de représentation et non un objet. C'est un mot, une convention. Ce que nous appelons des portions de temps (secondes, minutes, heures, semaines, années, etc...) ont été inventées par les hommes et n'existaient pas avant nous.

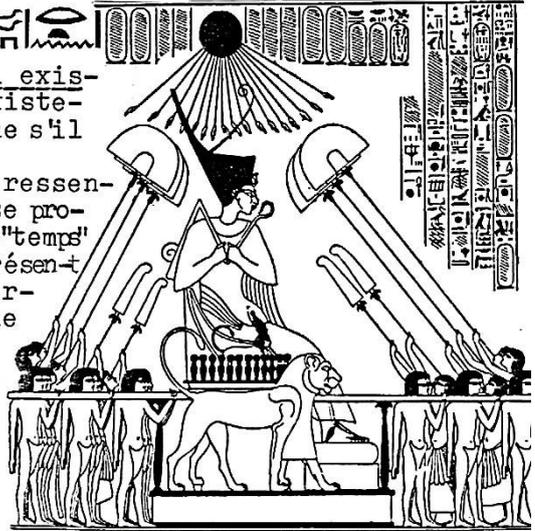


Fig. 47. Le soleil dispensateur de vie. Amenhotep assis sur son trône.

3) La sensation que nous avons du temps est liée au fait que nous savons que nous ne vivrons pas toujours mais que nous mourrons un jour. Nous savons que notre corps, sous sa forme actuelle, c'est-à-dire notre temps, aura une fin. En ce sens on peut dire que le temps est ce qui finit.

4) La notion de temps ne peut être séparée des notions de matière et d'espace: prenons un crayon par exemple, un objet dont la matière est composée d'une mine de graphite à l'intérieur d'un morceau de bois. Ce crayon a une forme précise, il occupe une portion d'espace sinon ce ne serait pas un crayon mais un point mathématique. Il occupe également une portion de temps sinon ce ne serait pas un crayon mais un éclair. Les notions de matière, d'espace et de temps sont inséparables. Quand nous utilisons le terme "matière" en pensant à quelque chose, cette chose implique également l'espace et le temps. (Korzybski)

5) A un autre niveau, le temps est une ressource : nous pouvons utiliser notre temps pour apprendre des choses, pour nous distraire, pour gagner de l'argent; dans ce dernier cas, nous échangeons notre temps, notre énergie, nos efforts, contre de l'argent, nous vendons notre temps (d'où le proverbe : "Le temps, c'est de l'argent")

Nous pouvons également perdre notre temps, nous ennuyer, tourner en rond quand nous ne savons pas quoi faire. Il est important de savoir utiliser les portions de son temps libre pour faire des choses qui nous plaisent, qui nous intéressent. Il est important de nous réapproprier notre temps, de décider de ce que nous en faisons.



l' « alchimiste-astrologue » montre le signe des Poissons.

Notre temps est une ressource qui nous appartient, comme notre argent ou les objets que nous possédons. C'est à nous de décider de ce que nous en faisons.

Structurer son temps veut dire savoir utiliser les portions de notre temps en fonction de nos besoins pour que les choses que nous allons faire nous donnent un sentiment de satisfaction, de bien-être.



Comment faire de son temps un allié, un outil, etc. . . . :

Il existe 3 façons simples de se repérer dans le temps "social" :

1) Le montre : elle donne l'heure, permet de s'organiser dans une journée pour savoir à quel moment faire ce que nous avons à faire (se lever, faire ses courses, aller à ses rendez-vous, etc. . . .)

2) Le calendrier : il permet de se repérer par rapport aux jours, aux saisons, aux anniversaires, aux jours fériés, à la lune, etc. . . .

3) L'agenda : il nous accompagne toute l'année et permet de noter les rendez-vous, les rencontres, les échéances (loyer, impôts, etc. . . .). Il permet de s'organiser dans le temps pour ne pas oublier ce qu'on a à faire par rapport à des dates précises dans le futur et, une fois les dates passées, de se rappeler ce qu'on a fait dans le passé.

Il sert aussi à noter les adresses et les numéros de téléphone importants. On peut aussi y noter l'argent qu'on gagne et qu'on dépense pour savoir où on en est dans son budget.

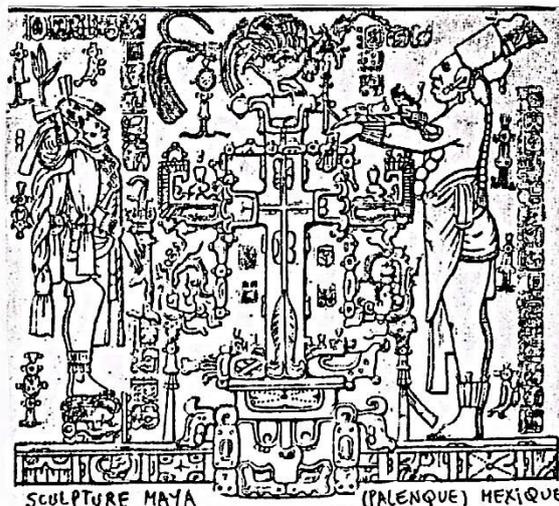
A quoi utiliser son temps :

Sur les 24 heures, un tiers du temps environ est consacré au sommeil. Il faut aussi du temps pour se laver, pour manger.

Le reste est partagé entre le travail et les loisirs selon les désirs de chaque personne et les possibilités de l'environnement.



Fig. 72. L' « union des inconciliables » : mariage de l'eau et du feu. Pour exprimer l'étendue de leurs possibilités, on a représenté les figures avec quatre mains chacune.



Il est important d'apprendre à utiliser le plus possible son cerveau ("Je pense donc j'en profite."), de consacrer du temps à apprendre (dans les livres où la connaissance du monde est consignée), de se tenir au courant de ce qui se passe dans le monde par les journaux, la radio ou la télévision.

Il est important de continuer à apprendre toute sa vie durant et de ne pas se contenter de ce qu'on a appris à l'école.

On peut aussi utiliser son temps pour créer des liens avec les autres.

Jean-Louis et Isabelle
B

CHARTE DU MALADE HOSPITALISE

L'hôpital est à votre service et a pour mission de vous offrir des soins d'excellente qualité. Pour que votre séjour y soit satisfaisant, l'ensemble du personnel médical, soignant, administratif et technique s'efforce de concilier les besoins des malades et les nécessités de la vie hospitalière. Un climat de confiance est nécessaire. Il suppose la reconnaissance des droits et des devoirs de chacun.

L'hôpital respecte votre liberté. Vous pouvez le quitter avec l'accord du médecin responsable ou même sans son accord si vous êtes en placement libre. Toutefois dans ce dernier cas, il vous faut signer une décharge de responsabilité. Si vous êtes hospitalisé en placement volontaire ou en placement d'office, vous ne pouvez partir de l'hôpital sans l'accord du médecin responsable.

Le personnel hospitalier respecte vos opinions et vos croyances. Vous pouvez toujours demander la visite du représentant d'un culte.

Vous pouvez également solliciter l'aide du service social (assistante sociale).

En cas de difficultés, vous pouvez demander à rencontrer un responsable de la direction de l'hôpital.

Vous pouvez obtenir qu'aucune indication ne soit donnée sur votre présence à l'hôpital et sur votre état de santé.

Vous avez le droit de refuser la visite de personnes que vous ne désirez pas recevoir.

Vous pouvez conserver des effets et objets personnels utiles à votre confort. Il vous est toutefois recommandé de déposer bijoux, argent et objets de valeur à un responsable du service.

Pour préserver le repos de vos voisins, il convient



d'utiliser avec discrétion les appareils de radio et de télévision, d'éviter les conversations trop bruyantes.

Dans l'intérêt de votre traitement, vous ne devez pas, sauf autorisation spéciale, vous faire remettre des denrées, boissons ou médicaments.

Le matériel de l'hôpital est coûteux. Son entretien nécessite des efforts et de l'argent. Il est à votre disposition mais aussi sous votre garde. Évitez toute détérioration et tout gaspillage.

La plus grande courtoisie à l'égard du personnel comme des autres malades vous est recommandée.

Votre courrier vous est distribué chaque jour. Vous pouvez expédier votre courrier, recevoir et envoyer des mandats. Vous pouvez acheter des timbres à la cafétéria.

Vous pouvez utiliser les possibilités téléphoniques que l'hôpital met à votre disposition. La cabine publique est dans le hall d'entrée de l'hôpital, au rez-de-chaussée. Votre famille et vos amis peuvent vous rendre visite, sauf contre indication médicale.

Pour ce qui concerne votre état de santé, les examens qui seront faits, les traitements qui pourront être décidés, les médecins responsables ou le personnel soignant vous en informeront. Vous pouvez demander le nom et la fonction des médicaments que vous prenez.

Votre famille peut, de son côté, sauf opposition de votre part, être informée de votre état de santé.

Si votre état de santé nécessite votre transfert dans un autre service ou dans un autre établissement, le médecin responsable de votre traitement vous en donnera les raisons et votre famille sera immédiatement prévenue.

A votre sortie, une ordonnance pourra vous être remise selon la nécessité pour vous permettre de poursuivre votre traitement, et les indications nécessaires seront fournies au médecin que vous aurez désigné.

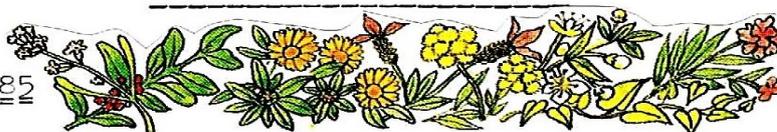
Le médecin responsable de votre traitement sera toujours heureux de recevoir votre médecin traitant et de s'entretenir avec lui de votre état de santé.

Tout médecin désigné par vous peut prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier.

Activités du groupe B 23

ACTIVITES DU GROUPE B 23

DECEMBRE 1985



Vendredi 6 : Tirage d'Objectifs 5 : de 13 h à 16 h : Dominique D., Danièle Le P., Jean-Louis et Isabelle B.

Le soir, confection des affiches de l'école : Jean-Luc C., Isabelle B.

Samedi 7 : Thé dans la bibliothèque : Joel F., Jean-Luc C., Roselyne L., Valérie C., Jean-Marie M., Théophile O., Isabelle C., Jean-Louis B., Isabelle B.

Mercredi 18 : Confection d'un repas simple et pas cher à la demande du groupe : Après avoir décidé d'un menu (spaghettis bolognaises, fromage de chèvre, yaourt, salade de fruits, limonade) nous sommes allés faire nos courses à Super U et avons utilisé la cuisine du Centre Social pour préparer le repas et le manger. Coût : 11 F par personne.

Participants : Joël F., Louis P., Dominique D., Roselyne L., Danièle le P., Isabelle B.

Nous nous rassemblons ensuite dans la salle à porte coulissante, Roselyne, Dominique et Danièle parlent de leurs difficultés respectives. (de 14h 30 à 16 h)

Vendredi 27 : Marie apporte les poèmes qu'elle a commencé à traduire et demande que je l'aide à y travailler en prévision du prochain Objectifs, ce que nous faisons de 16h 45 à 18 h.



Janvier 86

Samedi 4 : Tisane au salon : de 14h 30 à 15 h 30 : Nicole R., Eugène R., Marie-thérèse B., Nicolas D., Noël B., Stéphanie K., Bernard T., Valérie C., Théophile O., Isabelle B., Jean-Louis B., Jean-Jacques C.

Dimanche 5 : Tisane au salon : de 14h 30 à 15h30: Fabrice G., Jean-Luc C., Jean-Louis J., Geneviève T., Marie-Thérèse B., Stéphanie K., Michel J., Théophile O., Michel G., Marcel, Jean-Louis B., Jean-Jacques C., Isabelle B.

Samedi 11 : Réunion Objectifs 6 et préparation de l'interview du Contrepoint : Danièle Le P., Dominique D., Louis F., Joël F., Daniel G., Jean-Luc C., Isabelle B., Jean-Louis B.

A 20 heures, dîner du groupe aux Coteaux.

Mercredi 15 : Interview du Contrepoint : Jean-Luc C., Bruno M., Dominique D., Jean-louis B., Isabelle B. : de 14 h à 16 h

Mercredi 29 : Réunion sur la structuration du temps (De 14h à 16 h : Daniel G., Michel H., Jean-Luc C., Ginette R., Bruno M., Dominique D., Geneviève T., Maryline B., Jean-Louis B., Isabelle B., Louis P. : Nous avons expliqué les notions de structure et de temps. Très bonne participation de tous, chacun apportant ses idées.



Vendredi 31 : Français : Dictée et explication des mots difficiles : Marie, Isabelle.

FEVRIER 86



Samedi 2 : Amélioration de la maquette d'Objectifs : Michel H. Dominique D., Isabelle B., Bruno M., Jean-Louis B., Marie D.

Français et fin de traduction d'un poème : Marie D., Isabelle

Samedi 15 : Réunion Objectifs 6 : (14h-16h) : Dominique D., Bruno M., Michel H., Noël B., Jean-louis B., Isabelle B., Maryline B.

Tilleul sur le palier (21h-22h (Coteaux) : Dominique D., Mr C., Louis P., Jean-Louis B., Isabelle B.

Dimanche 16 : Film de Michel H. sur les U.S.A. : (15h-16h) : Stéphanie K., Eugène R., Jean-Marie M., Bruno M., Jean-Luc C., Mr G., Michel J., Sylvie de B., Jean-louis B., Isabelle B.

Tilleul : (21h-22h) : Michel H., Bruno M., Dominique D., Jean-Louis B., Isabelle B.

Mercredi 19 : Structuration du temps (II) 14h-16h : Maryline B., Louis P., Patrick M., Jean-Louis B., Ginette R., Martin, Isabelle B.

Tilleul : Louis P., Dominique D., Martin, Isabelle B.

Mercredi 26 : Nettoyage de la salle de l'école et d'alphabétisation : 14h-16h : Joël F., Bruno M., Dominique D., Jean-Louis B. Ariel G., Isabelle B.

Sortie au Contrepoint : (21h, 22h) : Louis P., Jean-Luc C., Dominique D., Joël F., Bruno M., Maryline B., Isabelle B.



MARS 86

Mercredi 5 : Charte des hospitalisés : Dominique D., Daniel G, Martin, Maryline B., Bruno M., Louis P., Ginette R., Jean-Louis B., Isabelle B.

Tilleul : Martin, Dominique, Louis, Isabelle.

Jeudi 6 : Dominique, Martin, Noël, François, Eugène, Paulette, Bruno, Isabelle. (21h-22h)

Vendredi 7 : Dominique, Louis, Martin, Isabelle, Paulette, Isabelle, Jean-Louis, Bruno.

Samedi 8 : Tilleul : Yvonne, Dominique, Bruno, Louis, Martin, Isabelle.

Dimanche 9 : Tilleul : Dominique, Martin, Bruno, Louis, Isabelle.

Lundi 10 : Tilleul : Laurence, Isabelle, Louis, Martin, Dominique, Jean-Louis.

Lundi 17 : Tirage Objectifs 5 (2°) : Dominique, Martin, Isabelle, Jean-Louis., Catherine.

Mercredi 26 : Réunion Objectifs 6 : Louis, Martin, Isabelle, Marie-Laure, Dominique, Roselyne, Jean-Louis.



Du Dimanche 23 au Vendredi 28 : Tilleul : Isabelle C., Isabelle B, Martin, Jean-Louis, Dominique, Bruno, Noël, Marie-Hélène, Laurence, Louis.

AVRIL 86



Mercredi 2
Vendredi 4 Tilleul : Louis, Martin, Michel L., Jean-Louis B.
Samedi 5 Jean-Louis J., Nicolas, Noël, Isabelle

Dimanche 6: Thé au gingembre (14h-16h): Simone, Nicolas, Noël, Michel G., Stéphanie, Louis, Eugène, Théophile, Jean-Louis, Isabelle.

Jeudi 10 : Structuration du temps (III) Martin, Daniel, Jean-Luc, Marie, 3 stagiaires du 1^o étage, Jean-Louis, Isabelle.

Tilleul : Louis, Berthy, Martin, Nicolas, Dominique, Noël, Mr V., Jean-Louis, Isabelle C., Isabelle B.

Vendredi 11

Samedi 12 Thé au gingembre : Marcel, Noël, Louis, Jean-Louis
Dimanche 13 B., Jean-Louis J., Martin, Isabelle B; Isabelle C.

Samedi 19: Projection des diapos Canada- Etats Unis-Mexique : 10h à 12 h : Stéphanie, Jean-Louis J., Eugène R., Nicole R., Martin, Bruno, Noël, Jean, Michel, Monique, Régine, Jacqueline, Jean-Louis B., Isabelle B.

Mercredi 23 : Vente d'Objectifs 5 à l'internet: Maryline, Ginette Dominique, Martin, Isabelle.

Samedi 19 Eugène, Jean-Louis B., Isabelle
Dimanche 20 Thé au gingembre : Dominique, Jean-Louis J., Mar-
Mardi 22 (13h-14h) tin, Louis, Noël, Marie, Théo-
phane, Michel, Nicolas, Stéphanie

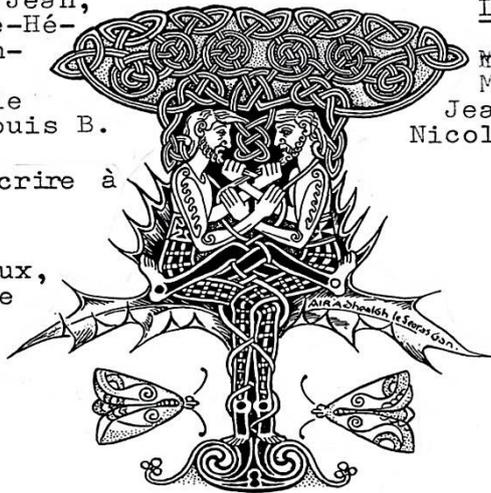
Mercredi 23 (suite) : 15h15-16h : Discussion sur le séjour de Juin, budget B 23, : Maryline, Ginette, Dominique, Nicolas, Isabelle.

16h20-17h20: Réunion des soignants du B 23: Hélène, Maryline, Ginette, Jean-Louis, Isabelle.

21h-22h: Tilleul: Jean,
Noël, Martin, Marie-Hé-
lène B., Louis, Jean-
Louis J., Mr B.,
Isabelle C., Marie
Hélène D., Jean-Louis B.
Isabelle C.

Vous pouvez nous écrire à

Rédaction d'Objectifs,
J.L. et I. B
La Vallée ou Les Coteaux,
Centre Psychothérapique
Route de Poitiers,
79100 - Thouars



Lundi 28 : Tilleul:
Louis, Martin, Do-
minique, Geneviève,
Marie-Antoinette,
Jean-Louis, Isabelle,
Nicolas.

Tireurs de barbe, Livre de Kells. (Bain, *Celtic Methods of Construction*, réimpression, Londres, 1972.)

Objectifs 7 - Janvier 1987

Objectifs 7 complet

Sommaire

1.2.87.



- Couverture: Dessin de Jean-Luc C Encre de Chine 21x29,7	
- Sommaire	1
- Edito : Isabelle et Jean-Louis B	2
- Mon stage de réinsertion : Danièle Le P	4
- Une Réflexion sur la Recouvrance: Stonga	6
- L'Amitié : Louis L	7
- Dessin de Jean-Luc: Sans titre, Crayon et feutre, 21x29,7	8
- L'Arbre Seul : Pitchoun	9
- Photo-montage-collage du B 23	11
- Réflexions sur un séjour: J.P. R	12
- Photos du groupe petite école	13
- Espoirs : Louis L	14
- Roman-photo complet : Juniel Al Mage	15
- Hermattan : Louis Lemarié	20
- Quelques Rimes sur le Temps : Stonga	21
- Histoire de l'Araignée : Dominique D	23
- La Promenade du Chat : Gemme G	25
- Voyage en Roumanie : Jean M	26
- Essai d'Interprétation d'un Poème de Gérard de Nerval : Père Louis L	28
- Bilan de trois ans d'existence du B 23: Isabelle	30
- Recette du thé au gingembre	34
- Photos de la petite école	35



Janvier 1984 : date de la création du groupe B
Janvier 1987 : Objectifs et le groupe B 23 fêtent
leur troisième anniversaire.

Dans ce septième numéro nous avons accordé une large place à l'image. Nous avons rassemblé une sélection de photos du groupe prises entre Janvier 84 et fin 86. Ces photos témoignent de l'aventure commune à tous ses membres.

Par le biais de l'écriture, Objectifs est le support qui nous relie à travers l'espace-temps. Il est le résultat tangible de nos efforts à tous. Il nous permet de réaliser un des objectifs du B 23 : l'autonomie dans la coordination.

Le manque de temps et les circonstances de ces derniers mois ont fait qu'aucune réunion du journal n'a pu avoir lieu pour la préparation de ce numéro. Pourtant les articles sont venus, d'eux-mêmes, témoins de l'investissement personnel de leurs auteurs et de leur désir de continuer l'aventure.

La rubrique "petite école" a interrompu ses acti-



vités au mois d'Août 86. Des restructurations sont intervenues dans les deux secteurs, T et B. Ce temps de latence nous a permis de prendre du recul. Nous tournons une page. Quelque chose d'autre va naître. Nous souhaitons que cette nouvelle activité soit encore plus ouverte qu'auparavant et qu'elle soit également adaptée à la nouvelle restructuration des services qui doit ouvrir des possibilités qui n'existaient pas jusque là. Il est dans le cours des choses d'évoluer, de s'adapter au contexte. Nous sommes, les uns et les autres et le monde qui nous entoure, en perpétuelle mutation, même si les changements sont parfois trop petits pour que nous puissions les percevoir au moment où ils se produisent.

A partir de Janvier 87, nous quittons le comité de section du Centre Social pour entrer dans celui du secteur T.

Nous voudrions profiter de cet anniversaire pour dire un grand merci à tous ceux qui partagent cette aventure et l'ont rendue possible grâce à leur apport personnel et leur créativité. Merci à Louis F., Daniel G., Jean-Luc C., Dominique D., Meryline B., Bernard A., Bernard C., Ginette R., Hélène F., Jean M., Marie D., Louis L., Danièle Le P., Roselyne L.

Nous remercions également tous ceux qui, de près ou de loin, encouragent cette aventure et tout particulièrement le directeur de l'hôpital pour l'intérêt qu'il lui témoigne et l'aide précieuse qu'il nous apporte en nous autorisant l'accès à la photocopieuse.

Ce septième numéro est dédié spécialement à Louis F., interné depuis le mois de Juin 86 à l'hôpital de Cadillac sur Garonne. Salut, Louis, nous ne t'oublions pas et t'envoyons tous les meilleurs voeux du B 23 pour 1987.

Jean-Louis et Isabelle B.



Bilan de trois ans d'existence du B 23



BILAN DE TROIS ANS D'EXISTENCE DU B 23



Dans le premier numéro d'Objectifs, nous avons présenté le projet à la base de la création du groupe. A l'origine, une réflexion sur les objectifs de notre travail d'infirmiers de secteur psychiatrique, à partir des besoins des soignés, dans le contexte d'une psychiatrie en mutation qui subit des modifications sur les plans budgétaire et organisationnel entre autre requérent la participation des gens qui travaillent dans ce milieu.

Notre hospital, aux dires des soignants et hospitalisés qui ont eu l'occasion d'en connaître d'autres, offre des possibilités et une qualité des soins supérieures à la moyenne des hopitaux. Ce n'est pas un hasard si des expériences, la notre mais aussi bien d'autres, peuvent y voir le jour. Il nous semble utile, pour la compréhension de notre travail, de résumer les divers objectifs du B 23:

1. Objectif professionnel

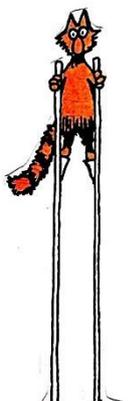


- a) Amener les soignés à un état de mieux être et d'autonomie,
- b) En créent des conditions favorables à l'épanouissement de l'organisme humain, conditions qui respectent les besoins et la structure de cet organisme,
- c) En partant d'une vision dynamique de la maladie, c'est à-dire substituer à l'approche cartésienne statique, qui considère la maladie mentale comme un handicap fixé, font abstraction des capacités d'évolution des gens et de l'influence du milieu dans lequel ils évoluent, une vision dynamique qui restitue aux soignés leurs possibilités d'évolution et tient compte de l'influence du milieu sur leur comportement,
- d) En font participer les soignés, premiers intéressés, à l'entreprise thérapeutique qui les concerne.

2. Objectif expérimental



La psychiatrie fait partie des sciences humaines. Ce n'est pas une science exacte comme les mathématiques où la



structure du langage est similaire à celle des faits. Il arrive qu'en psychiatrie, il y ait désaccord entre la structure du langage et celle des faits et des écarts entre ce qu'on attendait et ce qui se passe effectivement.

Le savoir psychiatrique est un domaine en évolution constante. Il ne s'agit pas d'une vérité révélée mais d'un savoir basé sur des concepts élaborés dans un cadre historique déterminé. Il n'est pas figé mais susceptible d'améliorations en fonction des découvertes. Le domaine psychiatrique se heurte encore à de nombreuses inconnues. Il reste beaucoup à découvrir et ce n'est pas parce que nous ne connaissons pas quelque chose que cette chose n'existe pas.

A l'origine du B 23, l'utilisation de plusieurs grilles de pensée complémentaires, entre autre

- la Sémantique Générale d'Alfred Korzybski ou logique non aristotélicienne (voir "La Philosophie du Non" (Gaston Bachelard, P.U.F.)
- la théorie de l'inhibition de l'action de Henri Laborit
- l'analyse transactionnelle d'Eric Berne.

Partant du principe que "le vrai est vérifiable", il s'agissait d'adopter une démarche scientifique :

- considérer les bases comme des hypothèses,
- les soumettre à l'expérimentation en les confrontant à l'épreuve des faits,
- examiner les résultats pour voir s'ils confirment les hypothèses.

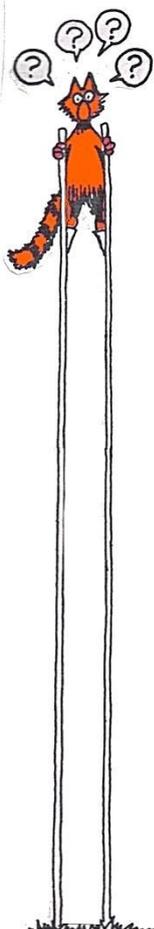
En trois ans nous n'avons jamais eud'accident à l'intérieur du groupe. Lors des séjours et pendant les moments où nous nous sommes retrouvés, les soignés se sont montrés agissants, constructifs, gagnants dans ce qu'ils ont entrepris et ils ont surpris par leur respect mutuel et leur comportement adapté.

3. Objectif relationnel



La maladie mentale est souvent définie comme une maladie de la relation. Comment amener des gens à avoir des relations satisfaisantes pour eux-mêmes et leur entourage?

- par l'apprentissage des droits et des devoirs de chacun



selon le vieil adage : "La liberté de chacun s'arrête où commence celle des autres",

- par l'acquisition du respect de soi-même et des autres,
- en instaurant des relations basées sur la confiance et l'estime mutuelle, la convivialité telles que peuvent en entretenir des gens décents et de bonne compagnie,
- en adoptant un comportement gratifiant plutôt qu'inhibiteur, en mettant en valeur les aspects positifs de chacun plutôt qu'en se renvoyant ses aspects négatifs.

En trois ans nous avons appris à nous connaître, nous apprécier, à travailler ensemble. Les rencontres sont des moments privilégiés où nous avons plaisir à être ensemble.

4. Objectif structurel



Qui dit relations dit structure : "Une structure est l'ensemble des relations existant entre les différents éléments d'un ensemble" Henri Laborit

Le B 23 est une structure ouverte basée sur le volontariat, la participation de chacun n'ayant aucun caractère d'obligation. L'appartenance au groupe est issue de la motivation de chacun, de centres d'intérêts communs et de la notion de plaisir de se retrouver et de créer ensemble. Certains y participent depuis sa création, d'autres en sont partis, d'autres s'y sont intégrés en cours de route et certains, qui n'ont plus de contact avec le milieu psychiatrique et ne sont plus soignés continuent de participer au journal et restent en contact.

C'est également une structure non-hiérarchique basée sur la complémentarité de ses membres, chacun étant différent et ayant des choses à apporter aux autres.

5. Objectif éducatif



En tant que soignants notre travail ne consiste pas à résoudre les problèmes des soignés mais à leur apprendre à les résoudre dans le milieu dans lequel ils évoluent. Ceci nécessite l'acquisition de connaissances, de données sur soi-même et l'environnement, de cartes des territoires aussi fiables que possibles sur la façon dont fonctionne notre



organisme, le mode d'emploi n'étant pas livré à la naissance, et la société où nous vivons de façon à pouvoir s'y adapter.

A travers l'école nous avons tenté de découvrir nos capacités personnelles (tout le monde est doué pour quelque chose mais chacun ne le sait pas forcément), d'entraîner nos capacités de réflexion, d'apprendre à nous adapter à de nouvelles situations. Les sujets ont été traités à la demande des soignés de façon à répondre à leurs centres d'intérêt et à leurs besoins. L'apport de connaissances s'est fait

- dans le domaine scolaire: géographie, français, anatomie, physiologie, etc...
- dans le domaine social : comment louer un appartement, chercher un travail, manipulation de l'argent...
- sur des sujets de préoccupations existentielles : sexualité, angoisse, mort, culpabilité, temps, etc...
- à travers des moments de vie à l'extérieur, préparation de repas en commun, séjours, etc...

Une des caractéristiques de l'école est la transmission de connaissances à tous les niveaux sans distinction soigné soigné, chacun faisant profiter les autres de ce qu'il connaît: Maryline nous a initiés au rêve éveillé, Louis P nous a fait découvrir les écrivains américains de la Beat Generation, avec Bernard A nous sommes descendus dans le ventre de la terre, nous avons rampé dans des boyaux à la lumière de lampes à acétylène, Daniel nous a fait partager son intérêt pour l'oeuvre de Céline, Jean-Louis nous a appris comment noter nos rêves et nous débarrasser des cauchemars, Jean-Luc, lors de son exposé sur "La Vie après la Vie" nous a ouverts à une nouvelle conception de l'existence, Louis L nous aide à apprécier l'oeuvre de Gérard de Nerval et la fréquentation de Jean M est une source d'enseignement pour qui veut apprendre à manier les subtilités de la langue française.

LES AVENTURES



DU B 23

6. Objectif éthique

La psychiatrie est une des branches de la santé publique. Les soignés sont des usagers en droit d'attendre qualité des soins et efficacité. Les soignants sont au service de ces usagers dont ils ont pour but d'améliorer la qualité de la vie.

Nous avons repris à notre compte cette phrase de Roger Gentis "Il n'y a pas de valeur au dessus de la valeur humaine", c'est-à-dire pas de savoir, d'idéologie, de mot au nom desquels on puisse assujettir les soignés qui sont des citoyens au même titre que les autres.

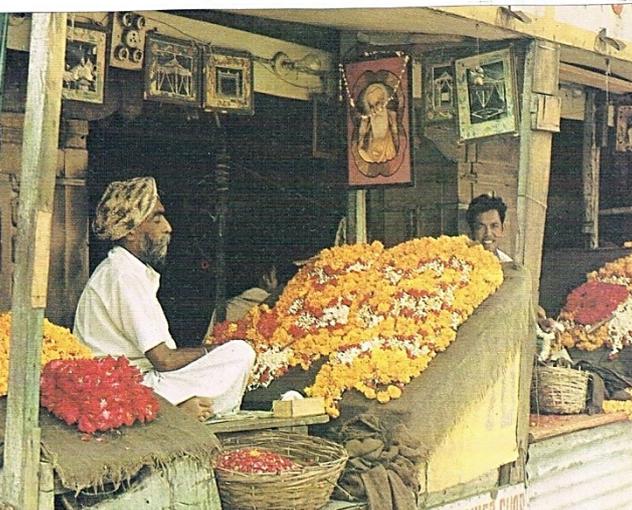
I. Baudron

Thé au gingembre

Ingrédients : ½ litre de lait, ½ litre d'eau,
10 morceaux de sucre, ½ cuillère à café
de gingembre en poudre, 3 sachets de thé
de Ceylan.

Mettre sur le feu dans une casserole le lait, l'eau, le gingembre et le sucre. Dès ébullition, ajouter le thé. Laisser bouillir 30 secondes, enlever du feu, laisser infuser 3 minutes et servir.

Cette recette nous vient du Nord de l'Inde, du Penjab, le pays des Sikhs. Si vos pérégrinations vous conduisent dans cette région, arrêtez-vous dans un "tchaï-house" que vous ne manquerez pas de rencontrer au bord de la route et qui ne vend d'ailleurs que du thé et des petits gateaux



Numéros d'Objectifs en ligne

Les numéros complets d'Objectifs sont accessibles en pdf en ligne à www.inter-zone.org/0Sommaire.html:

Objectifs 1: <http://www.inter-zone.org/Objectifs1.pdf>

Objectifs 2: <http://www.inter-zone.org/objectifs2.pdf>

Objectifs 3: <http://www.inter-zone.org/objectifs3.pdf>

Objectifs 4: <http://www.inter-zone.org/objectifs4.pdf>

Objectifs 5: <http://www.inter-zone.org/objectifs5.pdf>

Objectifs 6: <http://www.inter-zone.org/objectifs6.pdf>

Objectifs 7: <http://www.inter-zone.org/objectifs7.pdf>

L'intégrale est en ligne à <http://www.interzoneeditions.net/Int%C3%A9grale-Objectifs-2016.pdf>

Dans les années quatre-vingt-dix, après mon départ de l'hôpital, Jean-Louis a intégré une nouvelle équipe au Centre social, où il a repris le journal, sous le titre *La Vie des Autres*. Le N° 3 est en ligne à <https://www.interzoneeditions.net/La-Vie-des-Autres3.pdf>

DEUXIÈME PARTIE

Monsieur Agnelet

Il arriva un après-midi après un bref séjour en service de cardiologie. Il vivait depuis plusieurs années dans une maison de retraite. Le directeur de cette dernière avait demandé quelques temps auparavant qu'il soit suivi par l'équipe de secteur psychiatrique pour des troubles du comportement qu'il attribuait à un délire de persécution, monsieur Agnelet l'accusant, ainsi qu'une infirmière, de lui subtiliser de l'argent sur son livret de caisse d'épargne. Mais les quelques visites d'un infirmier de l'équipe de secteur et le traitement qui lui avait été attribué ne modifièrent pas d'un iota lesdits troubles, et monsieur Agnelet persistait avec virulence dans ses accusations, aussi le médecin de la maison de retraite demanda-t-il son hospitalisation.

Monsieur Agnelet avait quatre-vingt-quatorze ans. Il se présentait comme un petit homme d'environ un mètre cinquante, chauve et frêle. Sa tenue était soignée: il était vêtu d'un impeccable costume crème et s'appuyait sur une canne au pommeau en ivoire sculpté. A son arrivée il salua en souriant les membres du personnel présents dans le bureau et serra la main de chacun. Puis un infirmier l'accompagna jusqu'à sa chambre et, après qu'il eut rangé ses affaires, il vint s'installer dans la salle à manger devant le poste de télévision.

Peu avant le dîner, il frappa à la porte du bureau, l'air courroucé: "Dites-moi, je ne comprends pas, on m'avait dit que je devais être hospitalisé en service de médecine, mais ce n'est pas la médecine ici. Je suis entouré de pauvres insensés.", dit-il en désignant de sa canne un petit homme à la tête en pain de sucre qui mâchonnait des mégots et lui tendait pour l'énième fois une main aux doigts couverts de salive brunâtre avec laquelle il s'essuyait la lèvre inférieure. Quelqu'un lui répondit que le service de médecine étant complet actuellement, il avait été aiguillé vers la psychiatrie pour quelques jours en attendant un lit disponible. L'explication sembla le satisfaire. Il fit part à la ronde de ses préoccupations au sujet du directeur de son lieu de résidence habituel qu'il soupçonnait de le voler, ajoutant qu'il tenait lui-même ses comptes à jour, ce qu'il avait fait toute sa vie, ayant exercé la profession de comptable dans un ministère.

Les jours suivants furent sans histoire. Monsieur Agnelet était un homme courtois avec tous. Il s'était lié d'amitié avec une vieille dame d'origine arménienne et tous deux passaient de longs moments à échanger leurs souvenirs, assis côte à côte. Il participait de bon gré aux petites animations organisées dans le service, récitant des poèmes qu'il avait écrits dans sa jeunesse à la dame de ses pensées et racontant des anecdotes humoristiques.

Dès le deuxième jour de son hospitalisation, sa chambre à la maison de retraite fut occupée par quelqu'un d'autre. Au bout de six jours, son comportement ne justifiant pas qu'il restât plus longtemps, le médecin le déclara sortant, mais dut entreprendre des démarches auprès du directeur de la maison de retraite, avec l'aide du médecin de la ville attaché à cet établissement, pour que monsieur Agnelet puisse retrouver sa place. Le fait n'était pas habituel, la maison étant en la matière ce qui se faisait de mieux dans la région: les résidents, des gens aisés pour la plupart, y disposaient d'un studio meublé de leur mobilier personnel, d'un coin cuisine et d'une

salle de bain avec W.-C.; les locaux, clairs et coquets, n'avaient rien à voir avec les sinistres bâtiments datant du siècle dernier où, jusque dans les années soixante-dix, les personnes âgées étaient alignées dans des dortoirs immenses à longueur d'année sans espoir d'en sortir autrement que les pieds en avant. Le directeur accepta de mauvaise grâce de le reprendre, après avoir obtenu l'assurance que si monsieur Agnelet posait d'autres problèmes, il serait hospitalisé de nouveau. Un infirmier de l'équipe de secteur fut mandaté pour lui rendre des visites régulières. Deux semaines plus tard, il réitérait ses griefs contre le directeur, lequel se plaignait encore de la folie de persécution de son client. Un jour que ce dernier tentait de partir de l'établissement, prétendant qu'on voulait l'empoisonner, il le réexpédia en psychiatrie, non sans avoir requis à son encontre un certificat de placement volontaire²⁸ rendant l'hospitalisation inéluctable.

Monsieur Agnelet arriva agité et soucieux. Il réintégra sa chambre quittée trois semaines auparavant et retrouva sa place dans la salle à manger à côté de la vieille dame arménienne qui l'accueillit chaleureusement. Les jours passant, monsieur Agnelet demanda à gérer personnellement ses affaires; il exprimait son mécontentement de se voir de nouveau hospitalisé, déclarant que le directeur de la maison de retraite voulait se débarrasser de lui et accusant le médecin du service de rentrer dans son jeu en acceptant de le garder. Comme précédemment, sa chambre à la résidence lui fut retirée, ce qui le conforta dans ses soupçons. N'ayant plus de famille à qui s'adresser, il décida de faire tout ce qu'il pourrait pour sortir et prendre ses affaires en main, sollicitant l'assistant social et le médecin pour qu'ils lui retiennent une place dans une autre maison de retraite. Ses meubles et objets personnels furent transférés à l'hôpital. Son livret de caisse d'épargne ayant été égaré, on finit par en retrouver la trace: le directeur de la résidence déclara l'avoir en sa possession et dit qu'il le renverrait prochainement.

L'état général de monsieur Agnelet s'altérait. Il s'adressa par écrit au médecin, l'enjoignant de l'aider. Aucune chambre n'était disponible dans les résidences des environs, ce qui venait ajouter à ses soucis. Il mangeait peu et s'affaiblissait. Il tomba malade et fut envoyé en médecine pendant trois semaines. Il en revint fatigué physiquement et, plus désespéré que jamais de se voir une fois de plus en psychiatrie, il entreprit d'écrire une lettre au garde des sceaux pour lui exposer sa situation et lui demander assistance; mais le document, recouvert d'une écriture tremblée et malhabile, alla grossir la partie "correspondance" de son dossier médical et ne parvint jamais à son destinataire.

Monsieur Agnelet décida alors d'entreprendre une grève de la faim ; les visites du médecin se faisant plus rares, il espérait ainsi amener ce dernier à plus de considération à son égard. Les infirmiers et l'interne se relayaient à son chevet, tentant en vain de le faire revenir sur sa décision et lui exposant les risques qu'il encourait à ne pas manger. Il acceptait bien les aliments liquides, mais ceux-ci ne suffisaient pas à arrêter la dégradation de sa santé. Il écrivit une deuxième lettre au garde des sceaux, d'une écriture encore plus tremblée que la première, qui suivit le même chemin que la première, et continua sa grève de la faim, exprimant son désir d'en finir avec l'existence. Au bout d'une semaine de ce régime, il n'était plus en mesure de marcher. Il fut alors transféré en médecine. Deux jours plus tard, une

28. Le terme actuel utilisé pour désigner ce type de placement est « placement à la demande d'un tiers ».

infirmière téléphona dans le service pour annoncer que monsieur Agnelet venait de mourir. Peu après, des neveux lointains qui ne s'étaient jamais manifestés de son vivant, réclamèrent à l'hôpital une canne au pommeau en ivoire.

On oublia monsieur Agnelet jusqu'au jour où, quelques mois plus tard, un article dans le journal local fut consacré au directeur de la maison de retraite: celui-ci était inculpé d'extorsion de fonds sur les personnes des résidents de son établissement, ayant effectivement retiré de l'argent sur des livrets de caisse d'épargne au moyen de procurations signées en son nom. Le personnel du service réalisa alors que les propos de monsieur Agnelet n'étaient pas si dénués de fondement qu'on l'avait cru et vit les faits sous un nouveau jour. Ses hospitalisations apparurent alors comme abusives. Lors d'une réunion, des infirmiers tentèrent d'en reparler. Mais le médecin décréta l'affaire close et passa à un autre sujet.

Éléments du dossier de monsieur Agnelet:

"19.5.198.: Monsieur Agnelet, 94 ans. Vient de la maison de retraite de X. Vu par l'assistant à son entrée. Couche avant dernière chambre à gauche, grand couloir. Même traitement qu'à la maison de retraite pour l'instant. Parle beaucoup de ses papiers, exigeant. La cardio rapporte une paire de chaussettes lui appartenant avec 80 Fr. à l'intérieur: mis au tableau B. Raconte qu'on lui vole son argent. Où est le vrai du faux ? Tout est-il délirant ? A voir de plus près. Faire un B.W. ²⁹ demain matin.

Nuit: Bonne nuit.

20.5: Vu par le médecin-chef qui a contacté la maison de retraite. Sa chambre n'est plus disponible.

Nuit: Tombé deux fois de son lit en voulant se lever uriner à 23 heures: une bosse sur la tête et une égratignure au cuir chevelu. Cherchait le cordon de la lumière. Difficultés à le faire recoucher. A eu un comprimé de R. A 5 heures, nouvelles difficultés pour se lever. Trouve le lit trop haut.

21.5: Matin: Si insomnies, lui donner un comprimé de E.

Après-midi: Voir traitement. Avons dû le déshabiller deux soirs. Changé de chambre.

Nuit: A des difficultés pour se lever uriner. Bonne nuit.

22.5: A eu un M contre la constipation.

Après-midi: Au coucher reparle d'un reçu à venir pour de l'argent déposé à la caisse de l'hôpital général: a déposé de l'argent lorsqu'il était en cardio; voir avec la surveillante de ce service.

23.5: Matin: Désire voir le médecin-chef, ne désire pas rester là, voudrait réintégrer la maison de retraite le plus vite possible. Selles ce matin.

29. BW: Réaction de Bordet-Wassermann: test de dépistage de la syphilis

Après-midi: "Le temps me dure", dit-il. Très diplomate.

24.5: Matin: Coup de téléphone d'une amie qui désire le voir et demande les horaires des visites. A la maison de retraite, sa place est prise; selon le médecin-chef, serait sortant cette semaine. A voir où il va aller ? A discuter entre la maison de retraite, le médecin de cette dernière, cette amie et nous...

Après-midi: Vu par l'interne.

25.5: Matin: Le médecin-chef doit voir le médecin de la maison de retraite pour un arrangement. Il va être sortant. Nous espérons qu'il va retourner à la maison de retraite. Si rechute, reviendra.

Après-midi: Amer cet après-midi. Sait-il que sa place est prise à la maison de retraite ? "C'est ma maison, mon chez-moi", nous a-t-il dit.

26.5: Après-midi: A glissé sur le sol. Rien de grave. Son argent (les 1700 francs qu'il réclame et dit avoir laissés en médecine) a été déposé à la Caisse d'Epargne (reçu dans le dossier).

27.5: Matin: Il faudrait s'implanter un peu plus avec le personnel de la maison de retraite; sortie envisagée, le médecin-chef doit téléphoner au médecin de la maison de retraite.

Après-midi: A perdu ou s'est fait voler 100 francs dans sa chambre.

31.5: Matin: Le médecin-chef a téléphoné au médecin de la maison de retraite pour que celui-ci intervienne auprès du directeur de cette dernière. Pourrait y retourner avant la fin de la semaine.

2.6: Matin: Sort à 13 heures 30. Si pose à nouveau des problèmes, sera repris en psy. Sera vu en V.A.D³⁰. par Untel.

16.6: V.A.D. Untel: quelques problèmes à la maison de retraite.

22.6: La maison de retraite a téléphoné. M. Untel ira le voir demain matin.

23.6: V.A.D. entre 13 et 14 heures

27.6: Matin: Adressé ce matin en placement volontaire par le médecin et l'infirmière de la maison de retraite après avoir été ramené plusieurs fois par les flics. Ce matin pensait qu'on voulait l'empoisonner. Très volubile et anxieux. A cause de ses pertes de mémoire a très peur de se faire voler, d'autant plus qu'il a affaire à des papiers. Vu par l'interne et le médecin-chef qui le verra cet après-midi pour le traitement. A midi a eu 20 gouttes de M. Bonne alimentation. A reconnu son ancienne chambre.

30. V.A.D.: visite à domicile.

Après-midi: Un peu perdu dans le service, mais reconnaît tout de même certaines personnes.

Nuit: Bonne nuit. A tenu un monologue pendant une demi-heure.

28.6: Bien ce matin. Plus tranquille et reposé. A eu des gouttes de M. le soir.

29.6: Après-midi: Demande toujours à voir un médecin. N'a pas de vêtement de rechange.

30.6: Matin: Ce matin a des névralgies faciales. Est resté au lit. Vu par l'interne. Reparle de la même façon du directeur de la maison de retraite.

2.7: Matin: La maison de retraite doit lui apporter ses vêtements cet après-midi. Quelques douleurs faciales ce matin.

Après-midi: Avons dû retéléphoner à la maison de retraite pour qu'ils lui apportent ses vêtements et nécessaire de toilette.

3.7: Matin: La maison de retraite lui fera parvenir ses effets demain matin 9 heures.

4.7: Matin: la maison de retraite lui a fait parvenir quelques effets personnels. Il lui manque son rasoir électrique.

Nuit du 6 au 7.7: Cherche son pyjama. Untel a vu le directeur de la maison de retraite. Rendez-vous pris pour demain à 11 heures à la maison de retraite avec l'assistant social.

12.7: Matin: A pris connaissance de son courrier. Ne comprend pas très bien. A voir avec l'assistant social.

13.7: Après-midi: A eu une entrevue avec l'assistant social au sujet de sa retraite et de son avenir. Se déclare tout à fait capable de gérer ses finances. Aucune décision n'a été prise. Affaire à suivre.

17.7: Après-midi: Se demande ce qu'il fait ici depuis 21 jours. Pense que le directeur de la maison de retraite veut se débarrasser de lui.

20.7: Après-midi: Malaise après le repas sans chute ni perte de connaissance.

23.7: Matin: Est tombé deux fois ce matin.

Après-midi: Visite d'un copain.

24.7: Pas de chute ce matin.

Après-midi: A encore reparlé de mauvais traitements ici. Pense qu'on lui en veut.

25.7: Matin: A vu le médecin-chef.

26.7: *Matin: A été vu par le médecin-chef et Untel. A été mis au courant qu'il n'avait plus de chambre à la maison de retraite. Pas content. Le médecin-chef va essayer de revoir le directeur.*

27.7: *Après-midi: Voudrait voir le médecin-chef (voir carte de visite). Sortie cinéma.*

29.7: *Après-midi: Voudrait voir le médecin-chef pour en savoir plus sur la suite des événements.*

2.8: *Matin: Le médecin-chef essaie de prendre contact avec le directeur de la maison de retraite. Si sa place ne peut être reprise, on verra pour une autre maison de retraite.*

3.8: *Matin: Nouvelle lettre à Monsieur le Docteur Médecin Psychiatre (voir dossier).*

Nuit: Est tombé en se levant pour aller aux toilettes. Ne se plaint de rien.

4.8: *Après-midi: Voudrait voir le médecin-chef pour éventuellement trouver une autre maison de retraite.*

5.8: *Matin: Baigné ce matin. Vu par le médecin-chef au sujet de la maison de retraite. Il est donc au courant à présent de sa situation. Son livret de Caisse d'Epargne est retrouvé (entre les mains du directeur). Si possible quand M. Untel sera du matin, il faudra récupérer ses affaires (vêtements, papiers) avec lui. Il ne retournera pas à la maison de retraite. Voudrait aller à X. Avant de l'accompagner à la maison de retraite, téléphoner au directeur pour être sûr qu'il sera là. Qu'allons-nous faire de ses meubles si X ne les accepte pas ?*

Nuit: Très perturbé en début de nuit car n'a pas de sommeil et a besoin d'uriner tous les quarts d'heure. Tenant mal son urinoir, il mouille ses draps, accusant "on" d'avoir fait un trou à l'urinoir. S'endort vers minuit. Se réveille au petit matin.

6.8: *Matin: S'est levé pour déjeuner et faire sa chambre. A dormi le reste de la matinée. Se dit très fatigué.*

Après-midi: Dort toute la journée, refuse de manger ce soir. Reste au lit.

7.8: *Matin: Se lève en pleine forme, bien reposé.*

Après-midi: Très penché dans l'après-midi, difficultés de marche, allongé sur son lit jusqu'au repas du soir. Alimentation légère (pas de viande). Accompagné dans sa chambre en fauteuil. Etait chaud: température: 40°, pouls: 104, T.A.³¹: 15/9. L'assistant, prévenu, se déplace et prescrit sirop antitussif, A 500 en 2 fois, T. 500 en gélule. A surveiller. A 22 heures: 39°, 12/8, 84. Lui donner A 500 à 22 heures 30; Reprendre coordonnées à 23 heures. Faire boire.

Nuit: A 22 heures: 84, 38°, 12/6; à 1 heure 45: 84, 37,8°, 12/7. Faire bilan sanguin complet ce matin. Reprendre pouls, température, tension.

31. T.A: tension artérielle.

8.8.: *Matin: 38°, 84, 12/6. Examens sanguins faits. Vu par l'interne. Radio pulmonaire cet après-midi à 17 heures. Prescription de T. 500 pendant 4 jours puis D. pendant 3 jours.*

Après-midi: A eu sa radio pulmonaire. Voir résultats prise de sang. 38,3°, 87, 15/10.

9.8.: *Matin: S'est peu alimenté ce matin (café) et au déjeuner (bouillon). Madame P s'occupe de demander une chambre à la maison de retraite de X. Son livret de caisse d'épargne et ses autres papiers seront récupérés prochainement.*

Après-midi: 38,4°, 16/9; 88. A eu une hémoculture à 19 heures 30. Est allé passer sa radio qui a été vue par l'interne.

Nuit: Sommeil agité. Bouge beaucoup.

10.8.: *Sera transféré en médecine cet après-midi. Pas de place à X pour le moment.*

Après-midi: Transféré en médecine. Ses affaires sont dans la pièce au fond du couloir.

31.8.: *Après-midi: Muté de médecine. Très fatigué. N'a pas voulu s'alimenter ce soir. Voir fiche de traitement. A eu son injection de G.*

Nuit: A uriné dans son lit car n'a pas trouvé l'urinoir à sa place habituelle. Bon sommeil.

1.9.: *Matin: Dort une partie de la matinée. Assez opposant au réveil. Ne veut pas se lever. Mécontent d'être revenu ici. Légère modification de traitement.*

Après-midi: A changé de chambre. Veut voir le médecin-chef. A écrit une lettre, n'était pas content de venir à table. A pris juste son potage.

2.9.: *Matin: S'est levé. N'a pas déjeuné.*

Après-midi: Fatigué. Mange très peu, juste un potage.

3.9.: *Matin: S'est levé un peu. Légère alimentation.*

Après-midi: Pas d'alimentation. N'a pas pu rester levé.

4.9.: *Après-midi: Refuse toute alimentation (après le goûter) tant qu'une personne importante ne viendra pas lui parler (psychiatre ou ministre de la justice). Impossible de lui faire entendre raison. Reste au lit toute la journée en disant qu'il veut se laisser mourir, parce que la vie dans de telles conditions ne l'intéresse pas. Accepte son traitement du soir, mais renverse tout ce qu'on lui apporte.*

Nuit: Réveillé à chaque ronde.

5.9.: *Matin: Très opposant. Refuse de manger. Reste la tête sur la table. Très pâle. T.A.: 10/7. Vomissements de glaire à 13 heures. A été recouché.*

Après-midi: Souriant à chaque visite. Prend un demi bol de café à 16 heures et le soir se contente d'un peu d'eau. Apprécie ses heures de repos. Prend son traitement du soir sans problème. T.A.: 12/8.

Nuit: Très peu de sommeil.

6.9.: *Matin: Légère alimentation.*

Après-midi: A pris un bol de café au goûter. S'est levé pour le dîner: un bol de soupe, suite à quoi il a rédigé une lettre pour Monsieur Badinter. Tient à passer un test de loyauté et de fidélité au parti communiste. Vu par l'assistante.

7.9.: *Matin: Après sa toilette au lever a fait un malaise avec perte de connaissance et clonies, yeux révolvés. A craché pendant un moment. Ecoulement important de l'oreille gauche. A été examiné par l'interne. N'a pas du tout mangé.*

Après-midi: Un bol de café à 16 heures. Le soir a bu un verre d'eau et c'est tout. Toujours branché sur la justice. N'a pas voulu se lever cet après-midi. Demande d'électro-encéphalogramme, rendez-vous O.R.L..

Nuit: Bonne nuit.

8.9.: *Matin: Malaise au lever. Ne prend pas son petit déjeuner. N'a pas voulu manger ce midi. Examens faits. Vu par l'interne.*

Après-midi: Toujours peu d'alimentation: un bol de soupe. A écrit une nouvelle lettre au Garde des Sceaux. A fait un autre malaise (absence ?).

Nuit: Peu de sommeil.

9.9.: *Matin: Refuse de s'alimenter. Réclame justice. Injection faite. Doit passer une radio cet après-midi à 18 heures 30. E.E.G. à 14 heures 30.*

Après-midi: E.E.G. et radio faits. Pas d'alimentation.

10.9.: *Matin: Accepte son petit déjeuner (5 biscottes) et son traitement, mais refuse le repas de midi. A la question: "Pourquoi refusez-vous de manger ?" répond: "Pour ne pas grandir." Injection faite. Petite absence vers 9 heures. Pas possible de le faire marcher. Ne marche plus seul. Pas d'alimentation normale depuis le 3.9.*

11.9.: *Matin: Refuse toute alimentation ce matin, ni café ni biscotte; accepte seulement son traitement. "Je suis décidé à me suicider. Ce sera lui ou moi" (Ministre de la Justice), "Je veux mourir aujourd'hui". Reste recroquevillé dans son lit, urines foncées, froid, dernière injection faite.*

Après-midi: N'a pas voulu manger ni boire, a juste pris ses médicaments.

12.9.: Matin: Refuse toute alimentation, même son traitement. Après intervention de l'interne lui annonçant son départ pour la médecine, accepte son traitement et s'alimente légèrement. Part cet après-midi, voiture prévue pour 15 heures 30.

Après-midi: Sortie pour l'hôpital général (définitive ?). Doit aller aux convalescents ?

14.9. Après-midi: Décédé cet après-midi. Branle-bas de combat pour trouver l'adresse de ses héritiers et sa carte de don du corps à la science. La médecine s'en est débrouillée. Ses affaires sont parties en médecine."

Cette histoire lamentable est celle d'un homme qui considérait qu'ayant travaillé honnêtement toute sa vie, il était en droit de couler une vieillesse tranquille dans un établissement de son choix. Il avait toujours cru dans les institutions de son pays, pensant vivre dans une démocratie où chacun était libre, quelque que soit sa condition, de s'exprimer et de se faire respecter.

En l'espace de cinq mois, il a vu s'effondrer les convictions sur lesquelles il avait basé son existence et n'y a pas survécu.

"Triste visage qui se rétrécit. Il mourut au cours de la nuit. Il mourut très malheureux." William Burroughs, Havre des Saints.

Gervais

Gervais arriva un beau jour accompagné de ses parents. Habitant un département voisin, il ne relevait pas du secteur. Il avait subi plusieurs hospitalisations dans divers établissements, dont la dernière, dans l'hôpital de son département, en service fermé. De par son comportement impulsif et violent, il avait mis en échec les différentes tentatives de soin et le médecin qui s'occupait de lui, ayant le sentiment d'avoir abouti à une impasse, avait encouragé Gervais et sa famille à tenter une expérience en service ouvert, ce qui fut accepté.

Gervais avait trente et un ans. A l'issue d'études secondaires brillantes, il avait décroché un bac C, puis s'était inscrit en faculté de pharmacie. Ses premiers troubles se manifestèrent à cette époque: il se mit à boire, à prendre des euphorisants et fut alors hospitalisé. Son père, un commerçant aisé, avait tenté de le faire travailler au magasin et s'était heurté à un échec.

A son entrée, Gervais fut installé en chambre seule. Il acceptait son hospitalisation, le cadre et l'atmosphère de la petite unité tranchant heureusement avec ceux du service lourd dont il sortait. Très vite il manifesta cependant une inaptitude totale à s'imposer les limites nécessaires à la vie en communauté et à respecter celles qui lui étaient posées. Les premiers incidents éclatèrent autour du café, dont il faisait une consommation importante. Sitôt levé, il investissait la cuisine en catimini, ingurgitait à la hâte la quantité de breuvage préparée pour dix personnes, puis regagnait aussitôt sa chambre. A la première remontrance que lui fit une infirmière il répondit par un coup de poing et, sans mot dire, se retira dans ses appartements. Il était incapable de se modérer dans quelque domaine que ce fut, et l'attribution de ses cigarettes, de son argent et de médicaments devint une source d'affrontement avec le personnel. Ses demandes étaient toujours hors de proportion, et les refus auxquels il se heurtait inmanquablement déclenchaient chez lui une colère et une violence immédiate qui s'exprimaient autant physiquement que verbalement. Après chaque échauffourée il recevait une injection de neuroleptiques, comme cela se produit souvent pour les autres hospitalisés violents, la piqûre, en plus de l'effet calmant, faisant office de punition. Dans le cas de Gervais, à l'affût de toute substance susceptible de modifier son état de conscience, l'injection ne jouait qu'un rôle sédatif.

De temps en temps il sortait faire un tour en ville et en revenait ivre, ou sous l'emprise de mélanges médicamenteux qu'il achetait dans des pharmacies. Ses sorties et les sommes d'argent qui lui étaient attribuées furent limitées, ce qui donna lieu à un certain nombre de bagarres. A l'intérieur de l'établissement, il se rabattait sur les bouteilles d'eau de Cologne, sur l'argent et les médicaments qu'il obtenait des autres hospitalisés. Il partait parfois chez ses parents, le temps d'un week-end, et observait envers eux le même comportement que dans le service. Un jour, après qu'il se fût battu avec son père et eût cassé plusieurs objets de prix, ses parents préférèrent mettre un terme à ses permissions.

Sa grand-mère, une vieille dame charmante qui adorait son petit-fils, venait le voir chaque semaine. Elle lui apportait de l'argent et des gâteries. Cinéphile avertie,

elle ne manquait pas un seul festival de Cannes et tentait de faire partager sa passion à Gervais. Elle se répandait en conseils de modération qu'il écoutait sur le moment, critiquant sa façon d'agir, mais qu'il oubliait à la première occasion, son impulsivité reprenant le dessus.

Les mois passant, Gervais tolérait de moins en moins son hospitalisation. Il avait été convenu à son arrivée qu'il resterait une quinzaine de jours, aussi demanda-t-il à retourner définitivement chez ses parents, ce qui était pour ceux-ci hors de question, en raison de la peur qu'il leur inspirait. Il tenta de noyer son ennui en absorbant tout ce qu'il trouvait à sa portée. Parfois il buvait tellement d'eau de Cologne qu'il se retrouvait dans des états proches de l'inconscience. Il demanda à subir une cure de sommeil au penthotal. Le médecin exhaussa son désir et il eut des perfusions qui le maintinrent au lit pendant une semaine, sans amener toutefois par la suite la moindre amélioration.

Un jour, feuilletant un magazine, il tomba sur une publicité relative à des cours par correspondance en vue d'une formation d'esthéticien et décida de s'y inscrire. Il s'y tint pendant quelques temps, mais l'entourage soignant considérant la formation en question comme une escroquerie et n'entrevoiant pas pour lui d'avenir hors du havre psychiatrique, il finit par l'abandonner.

A quelques temps de là, Gervais se prit d'un intérêt soudain pour le loto, auquel jouait parfois un autre pensionnaire. Il y vit un moyen plus sûr et plus facile de gagner sa vie que la formation dispensée par les précédents cours et résolut d'aller tenter sa chance. Il demanda à l'infirmier de service une somme importante, supérieure à celle à laquelle il avait droit et, se voyant intimer un refus, il gratifia son auteur d'un magistral coup de poing après l'avoir copieusement insulté.

Le lendemain, toujours à son idée, il partit en ville et s'arrêta dans un bar tabac pour y acheter des grilles de loto. Après les avoir remplies, il les remit au patron du bar et, n'ayant pas compris le principe du jeu, lui réclama aussitôt l'argent qu'il pensait avoir gagné. Le patron lui expliqua le fonctionnement du loto, lui disant qu'il devait attendre les résultats du tirage pour savoir s'il avait gagné quelque chose. Sur ce, Gervais, n'acceptant pas que les événements ne se déroulassent pas selon son bon vouloir, entra dans une colère noire et, envoyant valser chaises et bouteilles, brisa tout ce qui lui tombait sous la main et rossa le patron. Il fut ramené à l'hôpital manu militari par la force publique, et la victime téléphona dans le service pour rendre compte des dommages qu'elle avait subis et exprimer son indignation.

Deux jours plus tard, Gervais se rendit de nouveau en ville et se livra à un remake de son exploit de l'avant-veille, mais cette fois-ci dans trois cafés différents, ce qui lui valut d'être escorté sans ménagement sur le chemin du retour par les gendarmes et les pompiers. Le médecin, averti de l'aventure, suspendit les sorties en ville jusqu'à nouvel ordre. Furieux de cet état de fait, Gervais décida de noyer sa frustration dans l'ivresse. Mais les spiritueux faisant défaut dans l'hôpital, il dut se rabattre sur les moyens du bord. Ayant avisé, dans la pharmacie, une bouteille d'alcool à brûler, il profita de la présence du surveillant dans cette pièce pour y entrer et se saisir de la bouteille. Le surveillant dut faire appel à l'infirmier du service voisin pour récupérer l'alcool, ce qui fut fait à l'issue d'un échange de coups. Gervais se

répandit ensuite en menaces envers le patron d'un des cafés auquel il avait eu affaire.

Au cours des deux jours qui suivirent, Gervais essaya à deux reprises de retourner en ville. Le surveillant en service et l'infirmier de l'autre unité réussirent à l'en empêcher, au prix de multiples horions. Le soir venu, il profita de la présence d'un interne appelé pour une entrée pour demander des médicaments supplémentaires. Devant le refus de ce dernier, il menaça: "Si vous ne me donnez pas de médicaments, je renverse la télévision." L'interne, ignorant ces paroles, tourna les talons et s'éloigna. Ce que voyant, Gervais se leva, saisit le poste allumé et, en dépit des protestations des spectateurs présents, le jeta de toutes ses forces sur le sol. Par chance, l'appareil n'implosa pas. Un autre affrontement s'en suivit, l'interne, le surveillant et l'infirmier devant une fois de plus maîtriser Gervais. Peu après, aussitôt l'interne parti, il se rua dans la cuisine pour y faire main basse sur le café qui s'y trouvait, ce qui donna lieu à une bagarre supplémentaire. Puis, pour compléter cette journée riche en péripéties, il fit part au veilleur de nuit de son intention de profiter de sa prochaine sortie au domicile familial pour dérober le fusil de son père, ceci dans le but de régler ses comptes de façon radicale avec le personnel hospitalier et les tenanciers des bars de la ville.

Sur ces entrefaites, le médecin eut le lendemain un entretien avec Gervais. Il décida que ses vêtements lui seraient retirés et qu'il vaquerait dorénavant en pyjama et robe de chambre, ceci pour limiter ses allées et venues et ses brutalités au périmètre de l'établissement. Le médecin convoqua également ses parents pour les informer des frasques de leur rejeton et les avertir que sa conduite était de nature à remettre en cause son hospitalisation dans son secteur. La grand-mère de Gervais, apportant quelques jours plus tard les gâteries habituelles, sermonna son petit-fils: "Ce n'est pas bien de taper sur les infirmiers et de contrarier ce médecin qui est si bon pour toi." Elle informa le personnel du projet des parents d'acheter un appartement en ville et d'y faire domicilier leur fils, ceci pour pallier à toute éventuelle mutation de Gervais dans l'hôpital de son département.

Le personnel infirmier appréciait fort peu de subir les assauts de l'intéressé, en particulier le surveillant, un quinquagénaire de corpulence moyenne qui n'avait aucune disposition pour les affrontements physiques. D'un tempérament diplomate et arrangeant, il avait l'habitude de régler les problèmes par la discussion et une douceur qui n'excluait pas la fermeté. Or depuis peu, chaque jour de travail lui apportait sa moisson de bleus. A la fin de la journée, mordu au poignet, contusionné à l'épaule et au genou, il avait hâte de partir en repos pour panser ses plaies et se remettre de ses émotions. Quant à l'infirmier qui volait à son secours à chaque altercation, plus jeune et plus combatif, il s'en tirait sans trop de dommages, n'ayant pas de mal à maîtriser l'adversaire. Gervais, furieux de voir quelqu'un lui résister, tenta l'intimidation: l'épouse de cet infirmier travaillant dans le service où il était hospitalisé, il lui dit: "Tu vas voir ta femme, un de ces jours, comment tu vas la retrouver!" Mais la réaction qu'il rencontra fut l'inverse de celle qu'il attendait: il voulait provoquer la peur, il récolta une colère froide et déterminée: "Si tu touches à un seul de ses cheveux, je t'écrase la tête contre un mur et je te promets que rien ne m'arrêtera." Gervais intégra l'avertissement. Il savait qu'il ne s'agissait pas de vaines paroles et qu'il n'aurait pas le dessus. Considérant avant tout son propre intérêt, il se garda à l'avenir de s'en prendre à ce couple.

Depuis son arrivée, Gervais avait frappé sept membres du personnel. Il avait entre autre assommé un grand costaud en lui assénant un coup derrière la nuque. Il jouissait de la part du médecin d'un traitement de faveur. Jamais un hospitalisé n'était allé aussi loin dans la violence. D'autres soignés s'en rendaient compte et, prenant exemple sur lui, commençaient à élever le ton sitôt qu'un infirmier leur posait des limites. En ville, la nouvelle des dégâts occasionnés s'était répandue comme une traînée de poudre. Bon nombre de cafetiers s'étaient donné le mot pour refuser de servir les hospitalisés qui venaient chez eux, et une pétition circulait parmi la population pour faire changer le mode de service ouvert de l'hôpital en service fermé. Les infirmiers agressés adressèrent une lettre au médecin, résumant les événements et demandant qu'une solution soit envisagée pour mettre un frein à la pugnacité de Gervais. Mais la lettre eut pour effet de déclencher le courroux de son destinataire, qui décréta qu'il n'avait pas à répondre à ce qu'il considérait comme des pressions de la part de son personnel. Il convoqua le couple objet de menaces et lui déclara que recevoir des coups faisait partie des inconvénients de la profession; il reconnut que c'était peu agréable, mais décréta qu'ils étaient, entre autre, payés pour cela; puis, sur ces bonnes paroles, il mit un terme à l'entretien.

Suite à ces événements, Gervais dut se contenter de sévir dans le service. Le médecin revit son traitement et donna au personnel la consigne expresse de ne pas accéder aux demandes de médicaments supplémentaires qu'il n'allait pas tarder à formuler. Effectivement, dès le lendemain, Gervais se présenta au bureau des infirmiers en début d'après-midi, peu après la relève de quatorze heures. Le regard butté, les poings serrés dans les poches de sa robe de chambre, il sollicita les deux infirmières en service au sujet de plusieurs médicaments sous forme de gouttes, sous prétexte qu'il en avait besoin. Sa demande rejetée, il déclara: "Si vous ne me donnez pas mes gouttes, je renverse le bureau" puis, se voyant réitérer le refus, il joignit l'acte à la parole. Voyant arriver un affrontement qu'elles n'étaient pas en mesure de soutenir, les deux filles en appelèrent alors au médecin qui était en consultation dans son bureau. Ce dernier répondit qu'il ne pouvait pas se déplacer et leur conseilla de faire pour le mieux. Ce que voyant, Gervais décida de s'adresser directement au maître du lieu et fonça dans le bureau du psychiatre. Les infirmière avertirent ce dernier de sa visite imminente et, cinq minutes plus tard, virent remonter Gervais dans le service, le regard triomphant, muni d'un bout de papier sur lequel le médecin avait griffonné l'intégralité du traitement exigé. N'en croyant pas leurs yeux, elles demandèrent confirmation par téléphone et reçurent l'ordre de remettre les gouttes notées sur le papier.

A partir de ce moment-là, Gervais comprit que, sans l'intermédiaire de son personnel, le médecin était incapable de s'opposer à lui et prit conscience du pouvoir qu'il pouvait en retirer. Il savait aussi qu'il ne pouvait se permettre de lever la main sur lui sans remettre en cause son hospitalisation. Il avait également intégré le fait qu'il pouvait en toute impunité frapper le personnel, à l'exception du couple dont le garçon n'hésiterait pas à lui rendre la monnaie de sa pièce. Une infirmière, outrée de voir se pérenniser une telle situation, prit rendez-vous avec le psychiatre pour lui faire part de son désaccord. Syndicaliste aguerrie, elle n'avait pas la moindre intention de servir de souffre-douleur et entendait faire valoir ses droits. Mais le médecin, qui éprouvait à l'égard des syndicalistes une profonde aversion, lui répondit tout de go: "Si vous n'êtes pas contente, allez donc vous plaindre à votre ministre !" L'homme auquel il faisait alors référence n'était autre que Jack Ralite, d'obédience communiste, et qu'un ministre de la santé eut pu relever de cette appartenance

politique tenait pour le médecin de la plus vile forfaiture. L'infirmière en question se contenta de demander sa mutation, qu'elle obtint un mois plus tard.

Cette période restera dans les mémoires comme l'une des plus difficiles de l'histoire du service. Les gens venaient embaucher l'angoisse au ventre, et le travail se déroulait dans une atmosphère de tension et de violence constante. Quand Gervais désirait des médicaments, il lui suffisait d'attendre que l'équipe du matin soit partie et la scène décrite précédemment se reproduisait selon le rituel suivant: demande de médicaments, refus, coups, irruption dans le bureau du psychiatre, demande accordée. Le droit appartenait au plus fort et les infirmières, devant l'absence de soutien du chef de service, finirent par répondre aux exigences de Gervais, sachant qu'il serait vain de soutenir un siège perdu d'avance. Le médecin perdit toute crédibilité auprès de son personnel et les propos qu'il avait émis sont encore dans tous les esprits.

Les méfaits de Gervais se terminèrent brusquement d'une façon inattendue. Un beau jour de juin, le médecin partit en vacances et la responsabilité du service incombait momentanément à son assistante. Cette dernière fut appelée, un jour où il se livrait à l'un de ses chantages familiaux. Elle décida d'aller discuter avec lui dans sa chambre et, drapée dans son autorité médicale, déclina l'offre que lui faisait l'infirmier en service de l'accompagner en renfort. Cinq minutes plus tard, elle ressortit de la chambre une pommelle ouverte d'un coup de poing de Gervais. Après s'être fait panser, elle rédigea une lettre ordonnant son transfert dans le service de force d'un autre département, transfert qui s'effectua le soir même.

Modeste

Modeste se présente sous les traits d'un petit homme menu d'environ un mètre cinquante. Le dessus de son crâne est chauve, en forme de pain de sucre. Son visage reflète tantôt l'espièglerie, tantôt une tristesse incommensurable.

Quand on lui demande son âge, il répond invariablement: "quatorze ans". Né à la fin des années vingt dans un petit village des environs, au sein d'une famille de cultivateurs, il fut hospitalisé pour la première fois à l'asile du département avant la fin de la deuxième guerre mondiale. Dans le village il a laissé l'image d'un garçon intelligent et turbulent: il surprenait par son intrépidité, courant sur le rebord du vieux pont roman pour épater les autres enfants, et multipliait les pitreries. En classe il était toujours le premier, ce qui étonnait dans un milieu rural où beaucoup de parents ne poussaient guère leur progéniture à étudier, considérant leur présence plus utile aux champs qu'à l'école: "Il en saura toujours assez pour être paysan." En ce temps-là, la plupart des agriculteurs, trop pauvres pour posséder de la terre, étaient "gagés", c'est-à-dire qu'ils cultivaient celle qui appartenait à d'autres, et ceci dès l'âge de douze ans. Les gens qui ont connu cette époque disaient que la vie était dure: ils étaient payés une fois l'an, travaillaient tous les jours de la semaine et ne mangeaient pas toujours à leur faim.

Le père de Modeste, décrit comme un être frustré, était la tête de Turc des gamins du village qui s'amusaient à lui faire mille tours pendables. Sa mère lui donnait du vin de noah le soir avant de l'envoyer se coucher, disant aux voisines qui tentaient de l'en dissuader que sans cela il ne pouvait trouver le sommeil. Des gens du village qui l'ont connu disent qu'un jour, alors qu'il était dans sa quinzième année, il se mit brusquement à se comporter de manière insensée. Sa mère décida de l'emmenner avec elle garder les chèvres pendant la journée. Pour l'empêcher de s'éloigner, elle l'attachait à un piquet, comme un chien. Sur ce, il devint agressif. C'est à ce moment-là qu'il fut envoyé à l'asile. Il y fut admis trois fois en placement libre, puis fut hospitalisé définitivement, après avoir été mis en placement volontaire, au cours des derniers mois de la guerre.

Au début de 1976, il fut transféré dans notre hôpital pour être rapproché de sa famille, un oncle et une tante qui ne se sont jamais manifestés depuis. Il arriva accompagné pour tout dossier d'une feuille de papier résumant ainsi ses trente-deux années d'hospitalisation:

22.2.44.: Certificat de quinzaine: troubles mentaux avec agitation très vive, ne répondant souvent qu'en poussant des cris. Désordre dans ses actes, déchirant son linge et les objets de literie. Alimentation difficile. Hostilité vis-à-vis de sa famille. Un peu plus calme depuis trois jours.

22.6.45: Certificat de situation (Préfecture). Démence précoce³² avec excitation psychique. Toujours en mouvement, touchant à tout, bousculant ce qui l'entoure,

32. Démence précoce: terme alors en vigueur (1945) pour désigner la schizophrénie.

répondant d'une façon bourrue, parfois insolente. N'écoulant aucun conseil, part sans but. N'a pu être maintenu chez lui.

6.3.47: Certificat de quinzaine: démence précoce avec gros déficit intellectuel; opposition systématique. Négativisme. Excitation par moments. Indifférence affective. Dissociation psychique.

Gâtisme. A maintenir.

Hébéphrénocatatonie.

Inactivité laborieuse. Autisme. Barrages. Déstructuration du temps vécu.

En juin 1975, pas d'émotion apparente à l'annonce du décès de sa mère.

De temps en temps excitation verbale. Pas de manifestation hétéro-agressive. Aucune visite depuis longtemps. Son père serait placé à l'hospice de X (?). Décédé.

* * *

Modeste marche sans arrêt du matin au soir, arpentant l'hôpital dans ses moindres recoins, entrant dans les chambres en quête de friandises et glanant çà et là des mégots qu'il mâche à longueur de journée, habitude contractée dans son précédent lieu de résidence où les hospitalisés recevaient du tabac à chiquer.

Quand il est d'humeur mutine, il agrmente son périple interminable en flattant les fesses des gens présents, sans distinction de sexe, avec une prédilection marquée pour celles des moins tolérants. Après avoir sévi, il s'éloigne en courant, la tête penchée d'un côté, tout son corps secoué d'un petit rire moqueur.

Dans ses moments d'abattement, il interpelle le personnel présent en criant "papa" ou "maman", c'est selon, avec la dernière énergie du désespoir. Il est peu loquace, répondant généralement "oui" aux questions positives et "non" aux questions négatives, quel qu'en soit le sens. Il a toutefois à son registre quelques phrases: "Je suis chrétien", "Je crois en Dieu", ou "Il était une fleur qui ne mourait jamais." Quand on lui demande de quelle fleur il s'agit, il répond avec une extrême gravité: "La pensée". De temps en temps il s'autorise une pause dans le bureau des infirmiers, s'assoit devant un soignant et dit: "Oh ! Qu'il est mignon, mon petit papa" ou "Comme elle est mignonne, ma petite maman", avec un sourire attendrissant auquel personne ne résiste. Il possède une bonne orthographe et lit avec une égale facilité à l'envers comme à l'endroit, ce qui a le don de sidérer les nouveaux arrivants.

Il ne sort pratiquement jamais de l'hôpital. Du temps où j'étais élève, je l'emmenais parfois en ville à pied, faire un tour au marché. Il appréciait manifestement ces sorties, s'arrêtait devant les jardins, touchait les arbres et les fleurs en riant. Mais rien ne retenait tant son attention que les animaux qu'il pouvait rencontrer, particulièrement les chats. Il semblait leur témoigner une véritable adoration, caressant avec un sourire béat ceux qui voulaient bien se laisser approcher, les appelant "Nite", du nom d'une chatte qu'il avait eu étant petit.

Du fait de son long passé en psychiatrie, Modeste fait partie des "chroniques" du service, c'est-à-dire des délaissés, des gens dont on fait abstraction tant qu'ils ne font pas parler d'eux. Pas de perspective d'avenir extérieure à l'hôpital, pas d'espoir de modification de sa condition à l'intérieur. Sa faible corpulence et son incapacité à se défendre et à se plaindre en font un exutoire tout trouvé à la vindicte des autres hospitalisés en mal de bouc émissaire. Il aura longtemps pour compagnon de chambre un autre garçon, "chronique" également, qui se déchargera sur lui de ses frustrations par le biais de coups divers.

Alors que je suis de service un soir d'automne, je reçois un appel téléphonique d'un infirmier d'un autre secteur me demandant de venir chercher Modeste qui vient de se faire mordre les oreilles par Jacques, un jeune malade de ce service, coutumier de ce genre d'agression.

En entrant dans la salle de soin, je découvre un Modeste couvert de sang, les oreilles en lambeaux, le crâne et le nez lacérés. Je l'accompagne au bloc opératoire en tentant de le réconforter quand il me dit: "Il m'a mordu les oreilles. Je ne savais pas qu'il allait faire ça, moi." Oh! Surprise. En douze ans je ne l'avais pas encore entendu prononcer une phrase aussi longue et aussi adaptée. Nous restons trois quarts d'heure au bloc, le temps de poser une quinzaine de points de suture à chaque oreille. Les infirmiers présents sont outrés: ils ont vu arriver la veille, venant de l'autre secteur, un vieux monsieur dans le même état et commencent à se poser des questions sur les conditions d'hospitalisation en psychiatrie. Ils se montrent gentils et compatissants à l'égard de Modeste qui se laisse charcuter sans mot dire et dont le regard de chiot triste a le don de provoquer la commisération.

Le lendemain, un infirmier rédige un rapport de service à l'intention de la direction comme il se doit après chaque accident de ce style.

Deux jours plus tard, les blessures de Modeste se sont infectées ; ses oreilles ont doublé de volume, elles sont rouges violacées et douloureuses. Le psychiatre prescrit des antibiotiques et une consultation au bloc opératoire, dont Modeste revient la tête enrubannée d'un pansement qu'il s'empresse d'arracher, aussitôt reprise sa déambulation. Matin et soir pendant plusieurs jours, il faut enlever les croûtes et faire sortir le pus. Modeste supporte ses soins sans plus de protestation qu'un soupir de temps à autre. Les plaies mettront quinze jours à se cicatriser.

A quelques temps de là, revenant de repos, je découvre avec stupeur Modeste dans le même état qu'après sa première agression, les oreilles de nouveau recousues et énormes, ployant sous leur poids. Le même scénario s'est reproduit. La surveillante a rédigé un autre rapport, calqué sur le premier. Re-antibiotiques, re-soins, re-pansements sitôt faits sitôt enlevés. Monsieur Psychiatre décide de parler à Modeste: "Tu sais, il ne faut pas aller dans l'autre secteur." Son interlocuteur soupire et repart en ramassant un mégot. A-t-il l'intention d'entretenir de ces événements son confrère, le psychiatre du mangeur d'oreilles ? " Cela ne servirait à rien. Il vient d'envoyer un projet à la D.D.A.S.S.³³ en demandant du personnel supplémentaire. Il

33. D.D.A.S.S.: Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, administration déconcentrée française départementale de l'État (anciennement service extérieur) intervenant dans le champ des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Dans le cadre de la Révision générale

a baissé le traitement de Jacques et utilise ses agressions pour étayer sa demande. « Toute démarche de ma part ne ferait qu'entrer dans son jeu. » Je ne sais si ces affirmations correspondent aux faits, toujours est-il que les choses en resteront là.

Deux semaines plus tard, Modeste revient de l'autre secteur avec encore une oreille déchirée. C'est la troisième agression en deux mois. Jacques l'a manifestement élu comme sa victime attirée et vient maintenant le chercher dans le service. Le personnel réagit, au niveau des mots, par un concert d'indignations, incriminant la passivité du médecin. Mais au niveau des faits, personne n'a l'intention de lever le petit doigt, chacun se retranchant derrière la sacro-sainte voie hiérarchique. On se borne à rédiger des rapports et les observations journalières sur le cahier interne au service. Celles-ci donnent toutefois une idée précise de ce qu'endure Modeste:

29.8.87: Matin: A eu l'arcade sourcilière ouverte cette nuit: a reçu un coup de barre par Untel. Un peu assommé ce matin. T.A.: 10,5/7. Vu par le médecin de garde. A eu un pansement.

24.10.87: Nuit: Untel a frappé Modeste à 23 heures parce qu'il ne posait pas sa tête sur l'oreiller. Modeste est légèrement blessé au-dessus de l'arcade sourcilière gauche.

25.10: Suite aux coups d'Untel, a le visage de toutes les couleurs.

31.10: Juste avant le dîner, mordu cruellement aux oreilles par Jacques qui l'a également griffé au visage, nez, cuir chevelu. Descendu au bloc pour y être recousu. A plusieurs points de suture à chaque oreille. A eu un sérum antitétanique. Lui passer du produit X trois fois par jour et bien désinfecter auparavant. A eu tellement peur qu'il s'est mis à parler: "J'ai eu peur, ça va mieux, je demande pardon, donne-moi une compresse."

1.11: Oreilles très enflées ce matin, levé des six heures, agaçant comme une guêpe à cause des douleurs, impossible qu'il reste en place cinq minutes sans faire une bêtise. Baigné et isolé dans sa chambre, s'est bien alimenté. Faut-il faire un rapport de service ? J'espère que les choses n'en resteront pas là car une partie de notre fonction consiste à protéger effectivement les gens qui sont sous notre responsabilité. Il serait souhaitable qu'il ait une chambre seule, ce qui éviterait qu'il soit le souffre-douleur d'Untel, car il a les yeux au beurre noir depuis plusieurs semaines.

2.11.: A eu ses soins. Le docteur X a prescrit un traitement antibiotique. Changé de chambre. Rapport de service fait. Est allé en consultation au bloc. De retour vers quinze heures. Approche difficile car douleurs intenses aux oreilles. Drainage du pus à faire deux fois par jour impérativement. Retournera au bloc demain pour observation. Traitement antibiotique augmenté.

des politiques publiques, les DDASS ont été supprimées en 2010 et remplacées par les Agences Régionales de Santé (A.R.S.)

6.11: Ne garde pas ses pansements alcoolisés. Soins faits. Oreille gauche bien enflée. Jacques a été renvoyé plusieurs fois dans son service. Menace permanente. Attention aux accidents.

7.11: Son oreille gauche est encore enflée et lui fait mal. Du liquide est sorti quand nous avons fait ses soins. Mal à la tête dans l'après-midi, se tenait la tête entre les mains. A eu un antalgique.

8.11: Oreille gauche toujours enflée.

11.11: Pansement alcoolisé enlevé peu après.

21.11: A reçu un coup de poing à l'œil gauche par Y. Pas de blessure apparente. S'endort avec difficulté. Très angoissé. Crie dans sa chambre.

10.12: A dix-huit heures quarante-cinq, remonte dans le service accompagné de madame Z. A été mordu aux oreilles par Jacques. Suture faite en consultation au bloc.

11.12: A été accompagné au bloc. Désinfecter les oreilles tous les jours à l'alcool. Si elles enflent trop, enlever un point de suture afin que le sang s'écoule. Si problèmes, le ramener au bloc. Retirer les points le 22 ou le 23 ici ou au bloc.

13.12: Ce soir, oreille gauche purulente ++++. Avons téléphoné au docteur X qui a prescrit des traitements antibiotiques que Modeste avait eu lors des morsures précédentes. En a eu deux ce soir. Soins faits.

14.12: Soins faits. Oreille gauche dégoulinante de pus.

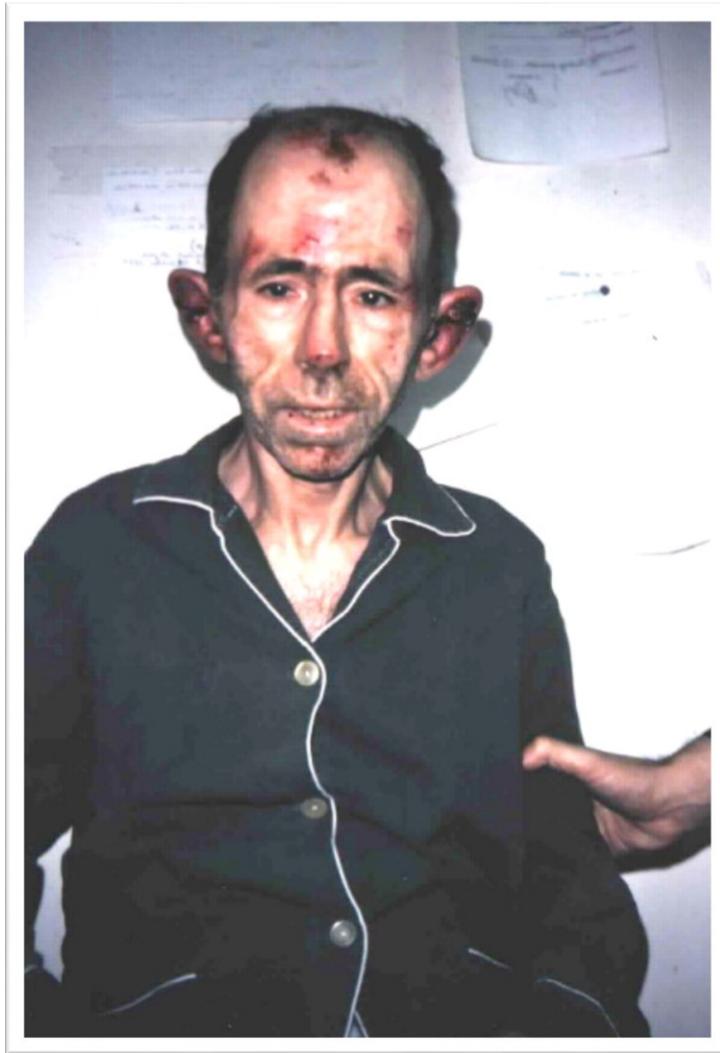
15.12: Matin: Oreille gauche toujours enflée mais mieux dans l'ensemble. Aucune goutte de pus n'est sortie.

Après-midi: Pansement refait en début d'après-midi. Un point a été enlevé: du pus en est sorti ++++.

21.12: Conduit au bloc. Soins faits. Continuer les pansements journaliers à l'alcool. Lundi, nouvelle consultation au bloc.

7.1.88: Après-midi: Retrouvé dans le service vers dix-huit heures avec l'oreille droite ensanglantée et déchirée. Conduit au bloc. Bilan: douze points de suture.

Personnellement je supporte difficilement cet état de fait. J'appréhende le moment où l'infortuné va se faire hacher menu dans la passivité générale, aussi je décide, en désespoir de cause, de m'adresser au directeur de l'hôpital dans les termes suivants:



Monsieur le Directeur,

Cette lettre a pour but d'attirer votre attention sur les agressions particulièrement sanglantes subies à trois reprises en l'espace de deux mois, par un hospitalisé du service X, Monsieur Modeste Y, de la part d'un hospitalisé du secteur A, Monsieur Jacques Z, agressions qui ont fait l'objet de rapports administratifs à votre intention.

Nous savons tous que ce genre d'accident n'a malheureusement rien d'exceptionnel dans un hôpital psychiatrique, mais la situation présente concernant Monsieur Modeste comporte plusieurs aspects que je me permets de porter à votre connaissance:

Il se trouve que ce patient est dans l'incapacité de se défendre, autant physiquement qu'intellectuellement. N'ayant pas de famille pour s'occuper de lui, il ne peut bénéficier d'aucun soutien dans son entourage, contrairement à d'autres hospitalisés dont les familles n'auraient jamais toléré de voir leur proche souffrir à plusieurs reprises de tels sévices. Etant sous tutelle, c'est à l'hôpital d'assurer sa protection. Il se trouve également que rien n'a été fait pour mettre un terme au

comportement de Monsieur Jacques Z et que, de ce fait, ces agressions risquent fort de se reproduire et, si les choses en restent là, de devenir routinières.

En tant qu'infirmière, et qui plus est, référente de Monsieur Modeste, il ne m'est ni humainement, ni moralement supportable de rester indifférente à ces agressions répétées et il ne suffit pas d'écrire des rapports successifs pour se décharger d'une responsabilité que partagent tous les soignants d'une institution comme la nôtre devant ces événements.

Monsieur Modeste n'est pas à l'hôpital pour se faire écharper, il y est pour y être soigné et, en tant qu'incapable d'exercice, pour y être protégé. Il possède, comme tous les citoyens de notre pays, des droits garantis par les Déclarations solennelles des Droits de l'Homme et du Citoyen qui sont en l'occurrence le droit à la protection du corps, de la vie et de l'intégrité physique, droits qui ne sont plus respectés en ce qui le concerne.

En tant que membres de l'administration, nous sommes, les uns et les autres, tenus de nous conformer à la loi, et une position de neutralité de notre part reviendrait à cautionner les agressions dont Monsieur Modeste est l'objet et qui peuvent mettre ses jours en danger, et à les perpétuer, ce qui n'est pas admissible sur le plan légal. Nous pourrions ainsi être amenés à répondre de notre attitude, qui ne manquerait pas alors de nous être reprochée, puisque nous étions au courant de la situation et n'aurions rien fait pour y mettre un terme.

En vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien apporter au cas de Monsieur Modeste,

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

A quelques temps de là je rencontre le destinataire de ma lettre: il ignorait tout des malheurs de Modeste avant que ma missive ne lui parvienne et cette dernière a joué le rôle d'un pavé dans la mare. Après en avoir pris connaissance, il a convoqué les psychiatres concernés, celui de l'agresseur et celui de l'agressé, la leur a montrée et, déclinant toute responsabilité de l'hôpital devant l'éventualité d'agressions ultérieures sur la personne de Modeste, il les a informés qu'ils devraient alors en répondre personnellement.

Je n'entendrai parler de rien au niveau du service, aucun écho ne filtrera. Mais le fait est que depuis, Modeste peut en toute quiétude vaquer dans l'établissement et qu'il a droit à une chambre personnelle.

Quant au mangeur d'oreilles, il n'est plus en mesure de mordre quiconque: son médecin lui a fait arracher les dents de devant.

Monsieur B.

(La retranscription de l'enregistrement contenue dans ce chapitre a été réalisée pour la première fois en anglais, en 1982, pour William Burroughs, qui s'intéressait aux discours des schizophrènes entendant des voix dans leurs tête, et effectuait une recherche sur les voix enregistrées par Constantin Raudive et les travaux de Julian Jaynes sur l'esprit bicaméral: voir les chapitres *Ça appartient aux concombres: au sujet des voix enregistrées de Raudive*, *Essais, tome I*, 1981, et *Freud et l'inconscient, Essais, tome II*, 1984, Christian Bourgois Editeur.)



Monsieur B était un homme d'une cinquantaine d'années. De taille moyenne, il était vêtu au fil des ans d'une veste chinée défraîchie à dominance beige et de pantalons de costume dépareillés. Ses cheveux gris clairsemés étaient coiffés en arrière. Il portait souvent, été comme hiver, un feutre marron.

Il était arrivé à l'hôpital dès l'ouverture de ce dernier, flanqué de l'étiquette de schizophrène. L'asile départemental où il était interné depuis une quinzaine d'années l'avait transféré dans le cadre de la sectorisation pour qu'il soit rapproché de sa famille. Il avait en effet une femme et deux filles qui habitaient dans les environs, mais n'avaient jamais donné signe de vie depuis son arrivée.

Les premiers temps, l'hôpital étant ouvert, il avait tenté quelques promenades à pied jusqu'à la ville, promenades qu'il agrémentait d'une halte dans un café pour y

boire un verre de vin. A son retour dans le service, il se reprochait tellement son attrait pour les boissons alcoolisées, bien qu'il n'eût jamais bu au point d'être ivre, qu'il mit un terme à ses sorties.

Depuis, il se cantonnait dans l'enceinte de l'hôpital. Les jours de beau temps, il allait prendre le soleil sur le parking. Ses activités se bornaient à la fréquentation de la cafétéria et à la rédaction de quelques rares articles destinés au journal intérieur à l'établissement dont il gardait précieusement un exemplaire de chaque numéro dans sa chambre. Il en possédait la collection complète. Il finit par interrompre cette occupation et, s'il continuait à acheter le journal, il en cessa la lecture, disant que, comme il ne lisait pas tous les articles, il redoutait la vengeance de ceux qu'il négligeait, leur attribuant une vie et une volonté propre.

Sa propension à boire du café avait engendré entre le personnel et lui des relations basées sur le contrôle de sa consommation de cette boisson. Comme d'autres hospitalisés, il l'utilisait pour combattre les effets de ses médicaments et emplissait généralement son bol d'une quantité de café égale sinon supérieure au volume d'eau. Devant les limites qui lui étaient posées, il réagissait par de faibles protestations, puis s'en allait en marmonnant, l'air résigné, regagnant sa chambre ou le radiateur du service auquel il s'adossait, observant les allées et venues et chantonnant de temps à autres. Sa discrétion et sa docilité en avaient fait un des oubliés du service. Ses relations avec les psychiatres se bornaient à une poignée de main quotidienne.

Il entretenait avec les autres hospitalisés des contacts la plupart du temps courtois; avec certains il évoquait son passé dans l'armée, la deuxième guerre mondiale qui l'avait entraîné en Allemagne, puis en Tunisie, bien avant ses premières relations avec la psychiatrie. Il ne supportait cependant pas que d'autres outrepassent les limites qui lui étaient fixées en matière de consommation de café et n'hésitait pas à dénoncer les éventuels goulus au personnel présent, adoptant la mimique d'un enfant cafteur: "Monsieur, il y a Untel qui boit tout le pot de café dans la cuisine!"

Monsieur B était un homme poli, déférent même. A l'égard du personnel il adoptait l'attitude du subalterne devant son supérieur hiérarchique, la tête penchée en avant, le regard rivé au sol, n'omettant jamais de terminer ses phrases par un respectueux "Monsieur" ou "Madame".

Des petits faits de la vie courante, qui paraîtraient insignifiants à la plupart des gens, prenaient pour lui une grande importance. Fumeur, il lui arrivait de solliciter ou de donner du feu. A chaque fois il notait scrupuleusement sur un petit carnet le nom de la personne avec qui il avait eu cet échange et lui en rendait compte régulièrement: "Vous me devez, ou, je vous dois X fois du feu." Quand son interlocuteur s'en étonnait, il répondait en disant que le fait de donner du feu n'était pas négligeable, que les bons comptes font les bons amis et qu'il ne voulait pas devoir quoi que ce soit à quiconque.

Il passait ses journées à réfléchir et à observer. Il s'exprimait peu. Je l'entendis une fois parler de son épouse. Il n'avait jamais cessé de l'aimer et, bien que très peiné du fait qu'elle ne lui donne pas de nouvelle, il l'en excusait, attribuant son silence à sa maladie: "Je ne suis qu'un pauvre fou.", disait-il. Il avait recouvert les

murs de sa chambre de phrases écrites au crayon de papier dédiées à sa femme: "J'aime plus que plus que des trilliards de fois Madame B." Un jour elle demanda le divorce et l'obtint, sans avoir revu son mari.

Monsieur B. s'était retiré du monde des vivants et les propositions qui lui étaient faites de participer à des promenades ou de sorties au cinéma se heurtaient inmanquablement à un refus: "Non, madame, je ne peux pas y aller, mes pronoms ne sont pas d'accord." Je tentai plusieurs fois d'en savoir plus, lui demandant des explications sur ces mystérieux pronoms, sans succès. Il bredouillait alors quelques phrases inaudibles et s'en allait en chantonnant, coupant court à la conversation. Aucun soignant ne savait exactement ce qu'ils représentaient pour lui, si ce n'est qu'ils semblaient jouer un rôle négatif. Un jour, alors que je lui présentais ses médicaments, il me dit: "Ce n'est pas moi qu'il faut soigner, madame, ce sont mes pronoms." Puis il s'éloigna, l'air préoccupé.

J'aimais bien Monsieur B.. J'appréciais sa courtoisie et m'efforçais de m'adresser à lui avec une égale politesse. Quant aux limites que ma fonction d'infirmière m'intimait de lui poser, je les lui expliquais en prenant en compte son état de santé. Bien que peu convaincu, il était content que je mette les formes et répondait en hochant la tête, l'air résigné: "Je comprends, madame, je comprends." Quand je prenais mon travail, il quittait son radiateur pour venir me donner une poignée de main et, soulevant son chapeau de l'autre, il ne manquait pas d'accompagner son salut d'une révérence que je lui rendais. Son visage s'animait alors d'une expression de connivence amusée. Au bout de plusieurs années, nous entretenions des relations tacites de respect mutuel et de complicité.

De temps en temps, il venait dans le bureau le soir après le dîner, alors que je compulsais ou remplissais des dossiers et que les autres personnes étaient couchées ou devant la télévision. Il s'asseyait et, échangeant parfois quelques mots de l'ordre du passe-temps, passait une heure en ma compagnie. Je lui proposai de profiter de cette heure creuse pour discuter un moment avec lui comme il m'arrivait de le faire avec d'autres hospitalisés, et lui dis que je me tenais à sa disposition au cas où il désirerait m'entretenir de sujets qui lui tenaient à cœur.

Un beau soir, il entra dans le bureau et, de son ton de rapporteur, il dit: "Madame, il y a un de mes pronoms qui ne veut pas croire que le pape est polonais." C'était la première fois qu'il me demandait d'intervenir dans son domaine. Je décidai de jouer le jeu et, rentrant dans le rôle de l'inspecteur recueillant la déposition du plaignant, je résolus d'enquêter sur les fameux pronoms. J'enclenchai le magnétophone que je portais avec moi de temps en temps. La conversation qui suit est la fidèle retranscription du dialogue que nous eûmes alors. C'est, à ma connaissance, la première fois que Monsieur B. accepta de livrer des explications détaillées sur ce qu'il vivait et de dresser une carte de son territoire intérieur.

Monsieur B: les pronoms.

Question: Qu'est-ce que vous me disiez, vos pronoms ne veulent pas croire que le pape est polonais?

*Mr B.: Non, non, mes pronoms, masculins et féminins, ils ne veulent pas croire que je suis à l'hôpital de X. Et mon **on** ne veut pas croire que le pape est polonais.*

Q: Pardon ?

Mr B.: Mon **on** ne veut pas croire que le pape est polonais.

Q.: Ah oui, que le pape est polonais; et les autres ?

Mr B.: Le **nous** est d'accord.

Q.: Le **nous** est d'accord ?

Mr B.: Hmmm, hmmm, oui, madame, oui, madame, ma **pêche** aussi.

Q: La **pêche** aussi ?

Mr B.: La **pêche**, oui (chantonne). Mon **je** réponds "oui, non, oui, non, oui, non". Mon **ça** ne veut pas croire non plus que le pape est polonais.

Q.: Votre **ça** non plus ?

Mr B.: Mon **soi**, mon **soi**.

Q.: Ah! le **soi** ne veut pas le croire.

Mr B.: Mon **ça** pense que le pape est polonais, il est d'accord. Ensuite il y a le **moi**, le **soi**, le **ça**. La **conscience** ne veut pas le croire non plus.

Q.: La **conscience** non plus ?

Mr B.: J'ai l'impression de les avoir tous passés. Combien y en a-t-il ?

Q.: Le **on**, le **nous**, la **pêche**, le **je**, le **I'**, le **moi**, le **ça**, la **conscience**, qu'est-ce qui manque ?

Mr B.: Les **voix de tête** peut-être.

Q.: Ah, oui, les **voix de tête**.

Mr B.: Les **voix de tête** veulent bien croire que le pape est polonais.

Q.: Mais comment se fait-il que...

Mr B.: Mon **on** ne sait ni lire, ni écrire, ni compter. Le **on** est un pronom indéfini. Tout ce qu'il fait n'est pas défini, alors il ne fait rien. Tout ce qu'il fait n'est pas défini. Tout ce qui a été fait a été défini, **ça** ne vient pas du **on**; ce n'est pas commode, parce que le **on** veut hériter de tout.

Q.: Est-ce qu'il voudrait voler des choses aux autres ?

Mr B.: Ah, oui, ah, oui!

Q.: Est-ce qu'ils se disputent parfois, vos pronoms ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame, mon **on** m'engueule.

Q.: C'est votre **on** qui vous engueule ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame.

Q.: Mais entre eux, est-ce qu'ils se disputent ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame, le **on** a essayé de se tuer, le **on** a essayé de tuer le **je**... Oui, le **on** a essayé de se tuer pour faire un mort.

Q.: Comment cela ? Attendez, le **on** a essayé de se tuer...

Mr B.:... pour faire un mort. Parce que le **on** est pour la mort. J'ai dit à mon **on** "Tu n'as qu'à te tuer, cela fera un mort", et mon **on** était d'accord. Le **on** est inconscient, sous-développé, etc.

Q.: Comment se fait-il qu'il soit pour la mort, le **on** ?

Mr B.: Parce qu'il est paresseux, il est fainéant. Pour hériter.

Q.: Et vous pensez que s'ils le voulaient, les pronoms pourraient se tuer?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame. Il y a quelque chose qui a été mis entre les pronoms pour qu'ils ne se tuent pas. Mais je ne sais pas si cela tiendra.

Q.: Et si vos pronoms se tuaient, est-ce que vous existeriez toujours ?

Mr B.: Oui, madame. **On** m'a tué, **on** m'a tué. **On** m'a coupé tous mes moyens. C'est mon **on** qui domine. Au début que je suis tombé malade, ils ont tué mon **on**, ils m'ont tué, moi qui travaillais.

Q.: Qui vous a tué ?

Mr B.: Eh bien, je ne sais pas; enfin, je ne sais pas, quoi que...

Q.: Enfin, c'étaient des gens précis, je veux dire ?

Mr B.: C'étaient des femmes, pour me guérir, pour me soigner. C'était mon **on** qu'il fallait soigner, ce n'était pas moi. S'il n'y a pas d'autre pronom, le **on** ne travaille pas, alors si le **on** me détruit, le **on** ne travaille pas.

Q.: Et ces pronoms, vous avez l'air d'en parler comme s'ils étaient des parasites ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame. Celui que je préfère parmi mes pronoms, c'est le **I'**.

Q.: *Et vous ne pourriez pas essayer de vous en débarrasser ?*

Mr B.: *Tout seul, je ne peux pas.*

Q.: *Et vous pensez que vos pronoms pourraient vous tuer s'ils le voulaient ?*

Mr B.: *Oui, madame, oui, madame. Pas tous, mais il y en a. Moi aussi, je pourrais en tuer, enfin, je ne sais pas si je pourrais en tuer, enfin je peux quand même leur rendre ce qu'ils me font souffrir. Je ne peux pas tout leur rendre, mais je leur rendrai tôt ou tard ce qu'ils m'ont fait souffrir. Mon **on**, mes **voix de tête**, ... Mon **on** m'avait mis kaput. J'étais français, plus que plus que français, etc. Mon **on** m'avait mis kaput. Je ne sais pas si c'était en Allemagne, pendant la guerre de 1939, etc. Mes **voix de tête** aussi m'avaient mis kaput.*

Q.: *Ils ont essayé de vous tuer, là ?*

Mr B.: *Oui, oui, mon **on**, mes **voix de tête**, mon **je**...*

Q.: *Quel était leur intérêt à faire ça ?*

Mr B.: *Parce que je voulais travailler. Mon **on** m'empêchait d'être honnête, il m'empêchait d'être fidèle, il m'empêchait d'être propre, il m'empêchait d'être poli, il m'empêchait de dormir, il m'empêchait de faire la sieste; mon **on** refusait de travailler, mon **on** refusait de manger, mon **on** refusait de dormir, mon **on** refusait de faire la sieste, mon **on** m'empêchait de faire ma toilette... Mon **on** s'en fout pas mal de tout. Et le temps ne l'intéresse pas, il ne veut que picoler, etc.*

Q.: *C'est pour cela que l'autre jour vous m'avez dit que ce sont vos pronoms que le médecin devrait soigner et non vous ?*

Mr B.: *Oui, madame, oui, madame. Les dix, masculins et féminins, les dix.*

Q.: *Il faudrait les soigner tous les dix ?*

Mr B.: *Oui, madame, oui, madame.*

Q.: *Comment faudrait-il faire pour les soigner ?*

Mr B.: *Oralement.*

Q.: *C'est vous qui prendriez les médicaments ?*

Mr B.: *Oui, c'est mon corps qui absorberait les médicaments, mais si ce sont des médicaments anti-**on** ou pour rendre les gens raisonnables, des médicaments qui me mettraient supérieur aux autres pronoms, mes pronoms seraient soignés; moi, je serais d'accord avec ça. Comme ça, ils se rendraient compte que...*

Q.: *En fait, ce que vous voudriez, c'est qu'on vous aide à lutter contre vos pronoms ?*

Mr B.: Eh bien, que mes pronoms soient plus conscients, plus lucides, de manière à comprendre, de manière à obéir, etc. Mon I', ça va; mais les autres, ça ne va pas... Mon I', il a un tas, un tas d'avantages de... C'est grâce à mon I' si je m'adore des trilliards d'éternité de fois.

Q.: Cela veut dire que c'est vous que vous adorez et non pas vos pronoms ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame, je plus que plus que m'adore des trilliards des trilliards d'éternité, mais j'ai déjà dit cela. (chantonne). C'est moi qui travaille; si vous me détruisez, je ne travaillerai plus...

Q.: Pardon ?

Mr B.: C'est moi qui travaille, alors si quelqu'un veut me détruire, mes autres pronoms ne travailleront plus.

Q.: Ah, oui ?

*Mr B.: J'ai besoin de travailler pour avoir un petit peu d'argent de poche, etc. Des fois, je me sers de mon **je** pour parler, ou je me sers de mon **moi** pour parler, et tout ce que j'ai fait, c'est involontaire, je ne l'ai pas fait exprès. C'était mon destin, ou c'était utile que je travaille, etc. Le bien que j'ai fait, ce que j'ai fait, je ne l'ai pas fait exprès, c'était mon destin.*

Q.: Ce qui est bizarre, c'est que certains de vos pronoms voudraient vous détruire alors que ce n'est pas leur intérêt.

*Mr B.: Oui, madame, oui, madame, mais c'est le **on** qui confond tout, il ne sait pas ce qu'il fait, vous devez le comprendre, il ne veut pas croire que le pape est polonais. Si je m'attaque à lui, il me tuera. Je lui ai dit plusieurs fois, mais il ne veut pas l'admettre.*

Q.: Et comment il peut vous tuer ?

Mr B.: Heu... avec des pensées, avec des pensées.

Q.: Comment ? Vous pensez qu'il y a des pensées qui peuvent tuer ?

Mr B.: Les pronoms qui peuvent tuer, oui.

Q.: Cela veut dire qu'ils vous donneraient des pensées qui feraient en sorte que ce soit vous qui vous tueriez ?

*Mr B.: Oui, aussi, mon **on** m'a tué quand j'étais jeune, quand je suis tombé malade... Si j'arrête de travailler, je n'existe plus. Et comme c'est moi qui travaille, si je n'existais plus, je ne travaillerais plus; mon corps ne travaillerait plus.*

Q.: Et quand sont-ils arrivés, ces pronoms, d'après vous ?

Mr B.: Pas tous, mais depuis ma jeunesse; mon I', il y a quelques années seulement que je le connais.

Q.: Ils ne sont pas tous apparus en même temps?

Mr B.: Pas tous, mais depuis ma jeunesse; mon I', il y a quelques années seulement que je le connais.

Q.: Ils ne sont pas apparus en même temps ?

Mr B.: Non, madame, non, madame. Mon on est orgueilleux, il ne se rend pas compte que le pape est polonais, il ne se rend pas compte du travail que je fais... Le on se nourrit uniquement du corps. Le on préfère picoler que manger. Le on, si je fais le brave, il est contre mon corps. Pas contre les Françaises, ni contre les Français. Mon on ne voulait pas de mon corps. Si mon je dois payer, mon on ne veut pas payer. Mon je, lui, il ne veut pas payer non plus. Il paierait avec un enfant ou avec une personne, en le rendant malheureux.

Q.: Vous pensez qu'il pourrait tuer d'autres gens aussi ?

Mr B.: Mon je ? Oui, madame, oui, madame.

Q.: Et comment cela ? Juste en le décidant ?

Mr B.: Il y a l'esprit que le ça tue, aussi; le ça, il tue aussi, le ça qui tue.

Q.: Mais ce serait par votre intermédiaire, il vous ferait tuer d'autres gens ?

Mr B.: Mon on voulait, oui, oui, mon on, mes voix de tête.

Q.: Ils vous auraient poussé à tuer d'autres gens ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame. Je n'ai pas le droit de parler de l'armée, mais enfin, heu, je ne dis rien, mais vous comprenez ?

Q.: Qui vous a dit que vous n'aviez pas le droit de parler de certaines choses ?

Mr B.: De l'armée ?

Q.: Oui.

Mr B.: Je n'avais pas le droit de parler de l'armée, et je n'avais pas le droit de dire que je n'avais pas le droit de parler de l'armée.

Mr B.: Quand vous étiez à l'armée ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame.

Q.: Mais maintenant, c'est fini, ça ?

Mr B: Oui, mais ça reste encore, je n'ai pas le droit de parler de l'armée. Et puis il n'y a pas que moi, tous les militaires n'ont pas le droit de parler de l'armée, ou bien ils passeraient pour des mouchards.

Q.: Et vous pensez que l'armée pourrait vous en vouloir ?

Mr B.: Plus maintenant, je suis dans ma cinquantième année, je suis réformé, ou je ne sais pas. Maintenant, malgré tout, j'en parle le moins possible.

Q.: D'accord.

*Mr B.: Et je préfère ne pas en parler... Pour pouvoir lutter, j'étais plus que plus que roi, des trillards de fois roi, puis mon **on** me mettait roi, il me disait "Tu me paieras ça!"; mon **on** me mettait roi, il me disait "Tu me paieras ça!"*

Q.: Il ne voulait pas que vous soyez roi ?

Mr B: Si, il voulait que je sois roi, mais il voulait que je paye.

Q.: Que vous lui payiez comment ?

*Mr B.: Oh, je ne sais pas, Mon **on** voulait que je lui paye une bouteille de rhum.*

Q: Et être roi, par exemple ?

Mr B.: Moi, j'étais plus que plus que roi, des trillards de fois roi, alors ça ne m'intéressait pas d'être roi.

Q.: Vous étiez roi de quoi ?

Mr B.: Oh, eh bien, roi de quoi, moi, je ne sais pas; je ne l'ai jamais défini.

Q.: Parce que, je veux dire, quand on est roi, on a un royaume.

*Mr B.: Ah, oui...oui. Mon **on** me mettait roi, mais...*

Q.: C'est lui qui vous mettait roi ?

Mr B.: Oui.

Q.: D'accord, il vous disait: "O.K., tu vas être roi, mais en contrepartie, tu vas me payer une bouteille ?"

*Mr B.: Mais moi, j'étais plus que plus que roi, des trillards de fois roi, alors ça ne m'intéressait pas d'être roi, et mon **on** ne comprenait pas ça.*

Q.: Et qu'est-ce que cela vous apportait, comme avantage, d'être roi ?

Mr B: Aucun avantage, j'étais davantage que roi.

Q.: Mais je veux dire, cela changeait quelque chose dans votre vie, d'être roi ?

Mr B.: Cela me diminuait.

Q.: Cela vous diminuait ???

Mr B.: Eh bien, oui, des trillards de fois roi, plus que plus que roi, c'est beaucoup, beaucoup plus que roi.

Q.: Oui, mais, je ne sais pas, être roi, c'est un...

Mr B.: C'est un titre d'honneur.

Q.: Oui ?

Mr B.: Cela ne m'intéressait pas de... C'est un peu comme si une personne voulait passer son bac et qu'on lui dirait "Tu n'as que ton certificat d'études". Il n'y a pas plus de différence que ça.

Q.: Attendez, répétez, parce que je n'ai pas compris.

Mr B.: Je préfère être plus que plus que roi ou des trillards de fois roi que d'être roi.

Q.: Ce n'est pas la même chose ?

Mr B.: Non, ce n'est pas la même chose, c'est davantage, davantage que roi.

Q.: Oui, d'accord.

Mr B.: J'étais je ne sais pas combien de fois davantage que roi.

Q.: Quel est le pronom qui est apparu le premier ?

Mr B.: A vrai dire, je ne m'en souviens plus.

Q.: Comment vous vous en êtes aperçu ?

Mr B.: Eh bien, mon **on** ...le **on**, il ne s'oublie pas, le **on** ne comprend pas ce que veut dire "davantage que", le **on**, mon **on**, ne comprend pas, je vous disais tout à l'heure que mon **on** ne sait ni lire, ni écrire, ni compter, il ne fait que de se défendre, il ne défend pas le corps, il ne défend pas les autres pronoms, il ne fait que de se défendre...

Q.: Avez-vous déjà rencontré d'autres gens qui ont des pronoms ?

Mr B.: Eh bien, oui, tout le monde... il n'y a pas que moi qui aie des pronoms. N'importe quelle Française et n'importe quel Français a des pronoms.

Q.: Et ce sont les mêmes que les vôtres ou pas ? Par exemple, vous pensez que moi j'ai des pronoms ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame. Il y en a qui sont les mêmes, oui.

Q.: Et, d'après vous, est-ce que les pronoms de deux personnes différentes pourraient communiquer entre eux ?

Mr B.: Oui, oui, par l'intermédiaire des ondes, des odeurs, des ondes. Mais je crois qu'il y a une séparation, je ne sais pas si elle a été faite, mais je crois qu'il y a des séparations entre les pronoms pour éviter qu'ils ne se tuent.

Q.: Chez une même personne ?

Mr B.: Chez moi, chez moi; chez les autres, je ne sais pas, mais chez moi, oui.

Q.: Et comment est-ce qu'ils sont nés, ces pronoms ? Est-ce qu'ils sont apparus un beau jour ou est-ce que c'est quelqu'un qui les a mis là ?

Mr B.: Ils sont apparus à chaque croissance, à chaque croissance il y avait un pronom de plus... Je ne sais pas si je vous l'ai dit, les prénoms et les noms sont rajoutés la naissance.

Q.: Les prénoms et les noms, oui.

Mr B.: Les prénoms sont fixés dans la gorge, dans les cordes vocales.

Q.: D'accord.

Mr B.: Les pronoms font partie un peu de l'anatomie.

Q.: Et est-ce qu'ils font des bruits quand ils pensent ? Quand ils parlent ?

Mr B.: Eh bien, quand ils parlent, on entend leurs paroles.

Q.: Oui, mais quand ils vous parlent à vous ?

Mr B.: C'est par mes pensées, par mes pensées.

Q.: Est-ce que par exemple vous pourriez entendre parler les pronoms de quelqu'un d'autre ?

Mr B.: Je ne sais pas... mais il y en a qui, malgré tout, à distance, peuvent séduire ou peuvent faire penser; cela ne veut pas dire que nous pensions la même chose, mais enfin ils peuvent faire penser... par l'intermédiaire de la peur ou des menaces, des voix à distance, il reste la peur.

Q.: En fait, ils sont seulement intéressés par le contrôle, à part le I' ?

*Mr B.: Eh bien, **on** est intéressé par lui; le **on**, quand ça l'arrange, il tuerait n'importe qui.*

Q.: Ce que je veux dire, c'est que la seule chose qui les intéresse, c'est de vous contrôler ?

Mr B.: C'est de m'avoir, c'est de m'avoir. Mon **on** m'avait mis kaput en période militaire, mon **on** m'avait mis kaput en Allemagne, en 1939 ou 1945 ou en Tunisie, mes **voix de tête** aussi, ma **pêche** aussi m'avait mis kaput... Mon **on** ne veut pas croire que quand mon corps sera mort, mon **on** n'existera plus.

Q.: Il pense qu'il vivra plus longtemps que vous ?

Mr B.: Oh, oui, il ne me l'a pas dit, mais c'est sûrement ce qu'il pense; s'il ne l'a pas pensé, il est d'accord avec. Mes **voix de tête** aussi, mon **je**, ma **pêche**.

Q.: Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous pensez qu'il mourra ?

Mr B.: Oui, mais après moi.

Q.: Après vous ?

Mr B.: Pour hériter. Le **on** veut hériter de tout.

Q.: Oui, mais il ne pourrait pas exister sans vous.

Mr B.: Si, il pourrait exister, mais il sera... il ne saura pas de quoi parler, il fera n'importe quoi. Si j'avais de l'argent, il ne ferait que se soûler; mon **on** n'a jamais travaillé depuis que je suis né; et déjà avant que je naisse, mon **on** ne travaillait pas.

Q.: Déjà avant que vous naissiez ?

Mr B.: Oui, cela fait des siècles que le **on** ne travaille pas, et à mon avis, le **on** n'a jamais travaillé, il ne travaillera jamais. C'est un pronom indéfini, évidemment, il n'a pas de raison pour arrêter. Mon **on** m'avait mis kaput, mes **voix de tête** m'avaient mis kaput, ma **conscience**, mon **je**; je l'ai dit tout à l'heure, mon **on** essayait de me mettre brave, mais il est brave contre moi, contre mon corps, alors quoi ? Je ne peux rien tirer de mon **on**, je ne peux rien faire avec mon **on**.

Q.: Il est plus fort que vous ?

Mr B.: Oui, plus fort ou plus rusé, je ne sais pas.

Q.: Et vous, vous pensez que c'est vos pronoms qu'on devrait soigner ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame, masculins et féminins, tous les dix.

Q.: Et vous pourriez vous en passer ?

Mr B.: De mes pronoms ? Oui, madame, oui, madame. Je pourrais dormir, je pourrais manger, je pourrais boire, je pourrais travailler beaucoup plus. Mon **on** ne fait que de me tromper par pensées. Il me fait descendre deux ou trois fois pour voir si le souper est rendu... Ma recherche a coïncidé avec quelque chose qui a de la valeur pour faire patienter le **on**.

Q.: Pour faire ?

Mr B.: Pour faire croire que ça venait du **on**. Puisque ça coïncidait. Combien ça peut durer, je ne sais pas combien de temps. Mon **on** voulait faire croire que ça venait de lui, mais ce n'est pas vrai.

Q.: Et avant que vous ne commenciez à en parler, des pronoms, il n'y a pas très longtemps que vous en parlez...

Mr B.: Oui, madame, j'avais commencé à Y et Mr Untel m'avait dit, il était surveillant-chef à ce moment-là, je ne sais pas si vous le connaissez, Mr Untel à Y ?

Q.: Non.

Mr B.: Il m'avait dit que ce n'est pas toujours bon de s'étudier. Ce n'est pas toujours bon, mais il n'y a pas autre chose de mieux.

Q.: Eh bien, je ne pense pas que ce soit mauvais.

Mr B.: Oui, madame, oui, madame.

Q.: Et est-ce que vous avez remarqué un changement dans les pronoms depuis que vous en parlez ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame.

Q.: En bien ou en mal ?

Mr B.: En bien, en bien.

Q.: Donc, c'est bien que vous en parliez ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame.

Q.: Ah! Eh bien, c'est important, alors.

Mr B.: Oui, madame, oui, madame. Mon **on** ne fait que m'insulter.

Q.: Et vous, vous ne l'insultez pas ?

Mr B.: Non, madame, non, madame.

Q.: Donc plus vous en parlez, moins ils vous dominent, alors ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame. Pendant un temps, mon **on** a tenté de vivre tout seul, sans corps, sans autre pronom. Il me semble que sans corps, sans autre pronom, il ne pourrait pas vivre. S'il n'avait pas de corps, mon **on**, il ne pourrait pas vivre ?

Q.: Eh bien, non.

Mr B.: Mon on ne veut pas admettre ça.

Q.: Vous disiez que la plupart des gens agissent d'après leurs pronoms et que les pronoms sont contre le corps ?

Mr B.: Oui, ils étaient contre le corps, mais maintenant cela va peut-être changer, ils vont peut-être être pour le corps. C'est à l'étude, il y en a qui les étudient.

Q.: Cela dépend de quoi ?

Mr B.: Cela dépend des pays. Il y a des pays qui l'ont fait, d'autres pays qui ne l'ont pas fait. Mais là on est rendu dans l'international, j'arrête là.

Q.: Oui, mais c'est intéressant.

Mr B.: Oui, mais c'est international; dès qu'on parle d'un pays, on doit à ce pays.

Q.: On doit ?

Mr B.: Dès qu'on parle d'un pays, on doit à ce pays dont on parle.

Q.: La parole, ce sont des mots, les mots, ce sont des sons, ce sont des symboles qui représentent des choses, mais ils n'existent pas en tant qu'eux-mêmes. Vous pensez que les mots existent en tant qu'eux-mêmes ?

Mr B.: Oui, mais il y a des pays dès qu'on parle d'eux, on est condamné à mort.

Q.: Heu...vous croyez ?

Mr B.: Oui, la moindre dette, il y a des pays, pour la moindre dette, ils tuent les gens.

Q.: Et comment ils font pour tuer ?

Mr B.: Ah! Eh bien ils disent qu'ils le font pour autre chose.

Q.: Mais comment ils font pour savoir qu'on parle d'eux ?

Mr B.: Parce que tout se sait. Il y a des espions, il y a des espionnes, il y a des contre-espions, il y a des contre-espionnes, etc. Il y a des pays qui ne veulent pas qu'on parle de leurs dieux.

Q.: De leurs dieux? Vous pensez que c'est parce que leurs dieux ont quelque chose à se reprocher?

Mr B.: Non, non, mais il faut respecter leurs dieux à plus que cent pour cent.

Q.: Mais on peut parler de quelque chose tout en le respectant ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame... Il y a des pays, dès qu'on parle de leurs dieux, on est condamné à mort.

Q.: Les pays où il y a une religion d'État, par exemple ?

Mr B.: Oui, mais il n'y a pas qu'un seul dieu sur la terre.

Q.: Alors, attendez, vous avez dit que tout se savait.

Mr B.: Non, tout ne se sait pas, mais enfin sur une personne, ou sur ce qu'on dit, c'est comme à l'hôpital, tout ce qu'on dit, tout ce qu'on pense, tout ce qu'on écrit, cela se sait.

Q.: Pas ce que vous pensez ?

Mr B.: J'en suis sûr, madame, j'en suis sûr.

Q.: Mais qui est-ce qui le sait ?

Mr B.: Eh bien, je ne sais pas; il y en a qui écoutent aux portes, il y en a dont c'est le gagne-pain de moucharder. C'est comme ce que vous écrivez là, il y en a qui le liront sans vous le dire.

Q.: Je ne pense pas qu'ils comprendraient. Mais par exemple, ce que je pense, vous ne vous en rendez pas compte et les autres gens non plus.

Mr B.: Oui, mais avec des appareils, ils peuvent savoir ce que vous pensez.

Q.: Avec des appareils, heu...

Mr B.: Bon, eh bien j'arrête là, si vous voulez.

Q.: Comme vous voulez, Monsieur.

Mr B.: On recommencera à analyser nos différences ?

Q.: Vous voulez dire que nous ne sommes pas toujours du même avis sur ce point-là ?

Mr B.: Oui, madame, oui, madame.

Q.: Je ne trouve pas ça gênant, je peux bien avoir une opinion et vous, vous avez le droit d'avoir la vôtre.

Mr B.: Mais les malades n'ont aucun droit, mais le personnel a des droits. Le personnel a des droits sur les malades et les malades n'ont pas de droit sur le personnel.

Q.: Imaginons par exemple que demain l'hôpital soit détruit et que tout ce qui existe là n'existe plus; vous, vous resteriez Mr B et moi, je resterais Unetelle.

Mr B.: Eh bien, on m'emmènerait dans un autre hôpital.

Q.: Et si les gens qui savent que vous êtes hospitalisé avaient disparu aussi ?

Mr B.: Eh bien, on m'enverrait quand même dans un autre hôpital.

Q.: Et vous, ça vous plaît d'être à l'hôpital ?

Mr B.: Ce n'est pas pour le plaisir, mais enfin, j'ai besoin d'être à l'hôpital. Je ne peux pas être ailleurs.

Q.: Si vous aviez le choix ?

Mr B.: Entre sortir et rester là ?

Q.: Oui ?

Mr B.: Oh, bien, rester là.

Q.: Vous préféreriez rester là ?

Mr B.: Oui, je ne peux pas me suffire à moi-même; je ne sais pas faire la cuisine, je ne sais pas tenir une maison, je ne sais pas m'occuper de mon argent, je n'ai pas le droit de me marier, je ne suis pas bon à faire un mari.

Q.: Vous avez bien le droit de vous marier, puisque vous êtes divorcé.

Mr B.: C'est une loi qui nous a fait divorcer, et je n'ai pas le droit de me marier. Je suis malade mental ou fou, je ne sais pas ce que je suis. Il y a une loi qui a été faite, tous ceux qui étaient mariés avec des fous ou des malades mentaux avaient le droit de divorcer, et il y en a qui ont fayoté un peu plus, ils ont dit: "Il faut les faire divorcer." C'est une loi qui date de dix ou quinze ans. Avant, les gens qui étaient mariés avec des fous n'avaient pas le droit de divorcer.

Q.: Je n'aime pas trop ce mot de fou, je trouve que ça ne veut pas dire grand-chose.

Mr B.: Avant, on disait "fou", maintenant on dit "malade mental" peut-être ?

Q.: Vous savez, si on prenait les gens au hasard dans la population et si les médecins les examinaient, peut-être qu'il y en aurait les trois quarts qui seraient déclarés malades mentaux; vous voyez ce que je veux dire ?

Mr B.: Oui, madame, je vois très bien.

Q.: A ce moment-là, cela ne voudrait pas dire grand-chose. Ce que je veux dire, c'est qu'ici vous êtes hospitalisé, et vous avez autant de droits que n'importe qui. Si quelque chose ne vous plaît pas, vous avez le droit de le dire.

Mr B.: Oui, mais le dire en français, le dire correctement, mais moi, il m'arrive d'être énervé, d'être impatient quand je me lève le matin, je me fais traiter de "B", etc. J'en avais parlé à Monsieur le Docteur X, mais le docteur X m'avait dit: "Ils plaisantent." Pour le docteur X, c'est peut-être de la plaisanterie, mais pour moi, c'était méchant.

C'est qu'autrefois j'en rigolais, mais maintenant je n'en rigole plus. Bon, eh bien, voilà, si vous voulez on va s'arrêter là.

Q.: Comme vous voulez, Monsieur. Je suis contente si on parle des pronoms et qu'après ils ont moins de force.

*Mr B.: Oui, madame, ils ont peur, ils ont peur. Mon **on** est inconscient.*

*Q.: Franchement, vous n'avez pas de chance avec votre **on**.*

Mr B.: Oui, madame, oui, madame, il n'est pas à jour.

Q.: Et vous ne pourriez pas le faire dormir ?

Mr B.: Ah, mais il dort doublement, doublement.

Q.: Il dort plus que vous ?

Mr B.: Oui madame, oui madame.

Q.: A ce moment-là, quand il dort, il ne vous casse pas les pieds ?

Mr B.: Oui, il ne me casse pas les pieds, mais je ne peux rien faire pour l'avoir; il dort doublement, il dort davantage que moi.

Q.: En intensité ou en durée de temps ?

Mr B.: En intensité.

Arrivée de l'infirmière de nuit:

Mr B.: Bon, eh bien il est dix heures, je ne vais pas vous faire débaucher en retard.

Q.: Bonsoir et à demain, monsieur, passez une bonne nuit.

Les jours suivants, nous eûmes d'autres entretiens, lors desquels Monsieur B. m'expliqua le rôle de chaque pronom et me donna les clefs de son code. Quelques temps plus tard, je proposai une réunion de synthèse sur Monsieur B, comme c'était l'usage: une fois par mois, le dossier d'un malade était étudié en réunion. Je dressai une carte du rôle de chaque pronom dans l'espoir que cela permettrait à l'équipe de mieux le comprendre et qu'on s'occuperait un peu plus de lui.

Mon exposé provoqua chez les uns un étonnement mêlé de scepticisme et se heurta chez la majorité à l'indifférence. Le psychiatre se montra réticent, insistant sur le fait qu'il pouvait être dangereux de "rentrer dans le délire du malade". Seul un surveillant me dit que Mr B. m'avait donné un témoignage de confiance.

A l'issue de ces deux heures de réunion, aucun changement ne fut élaboré pour la prise en charge de Monsieur B.. J'avais eu la candeur de croire que la

fonction de ce style de réunion était d'améliorer le sort des hospitalisés, les faits démontrèrent qu'il n'en était rien.

A quelques mois de là, Monsieur B. décéda sans qu'aucun indice n'eut pu le laisser présager. Cette nuit-là, il s'était levé à quatre heures du matin pour aller aux toilettes, puis avait regagné son lit et s'était rendormi. En faisant sa ronde à six heures, le veilleur le trouva mort.

Louis

Les courriers suivants constituent les différentes tentatives d'intervention en faveur d'un patient auprès des divers échelons de la hiérarchie administrative, du bas jusqu'en haut. Ils témoignent de la passivité des responsables de cette administration face aux abus qui se produisent en son sein quand ils lui sont signalés, et de l'impossibilité, pour un individu isolé, de se conformer aux règles de déontologie auquel il est tenu, le respect du secret professionnel étant alors incompatible avec l'intérêt des patients dont il a la responsabilité.

Lettre du 21 juin 1989 au surveillant-chef du secteur IV

Cher M.,

Il y a un peu plus d'une semaine, sous l'emprise d'une hallucination auditive, dans l'unité A. où il est hospitalisé, Louis P. frappe deux soignés qu'il entend le menacer. En proie à une vive anxiété, il est incapable de prendre du recul par rapport à ses hallucinations. Il est décidé qu'en conséquence, il restera trois jours en chambre d'isolement. Le troisième jour, Louis apprend qu'il devra rester isolé deux jours de plus. Aucune action répréhensible de sa part n'a motivé cette décision. Si l'on en croit le cahier de rapport, la raison qui lui est donnée est qu'il ne s'agit "pas d'une punition, mais d'une aide". De notre conversation d'hier je déduis qu'il n'était toujours pas libéré au bout de sept jours.

Depuis deux ans, Louis s'est vu imputer en 1987 un coup de pied à Irène, toujours à la suite d'une hallucination, suite à quoi il a été envoyé onze mois à Cadillac. En 1988, dans un épisode anxieux, il a donné un coup de pied à Dominique, et quelques jours plus tard, il a cassé une pile d'assiettes à T.. Après plusieurs jours d'isolement, il est envoyé à Cadillac pour huit mois. En l'espace de deux ans (24 mois), il aura donc passé 19 mois en détention dans un milieu carcéral, plus environ un mois en isolement à T., ce qui donne: 3 coups de pied + 1 coup de poing = 20 mois d'enfermement.

Louis est hospitalisé depuis onze ans à T. A son entrée, c'était un garçon svelte, vivant et en bonne santé physique. Aujourd'hui il pèse plus de 100 kilos, souffre d'hypertension et boit aux alentours de quinze litres d'eau par jour.

Durant toutes ces années, X (mari de l'infirmière) et moi l'avons vu évoluer, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Dès les premiers temps, X avait avec lui des entretiens réguliers; nous avons fait avec lui plusieurs séjours lors desquels ses symptômes (repli sur lui-même, hallucinations, etc.) régressaient. Il se montrait alors participant, détendu, non-agressif et respectueux des limites fixées et des autres personnes; il voyait son hospitalisation avec un certain recul, prenant conscience de sa durée. A la petite école, dont il était un des piliers, et à travers le journal *Objectifs* auquel il participait activement (articles, tirages, etc.), il se montrait toujours partant pour les activités qui lui étaient proposées, de même qu'attentif et plein de bonne volonté dans ce qu'il faisait. Il a démontré que, dans des conditions favorables, il était capable de se montrer sous un jour agréable. Il en garde manifestement un bon

souvenir puisqu'il ne cesse de nous demander de l'emmener dans de nouvelles sorties.

Louis requiert de nous une attitude cohérente: combien de fois l'ai-je entendu demander: "Mais dites-moi ce que je dois faire pour sortir de cet hôpital."

"Te laver le matin, faire ta toilette, gérer correctement ton argent et tes cigarettes, participer aux tâches ménagères et aux ateliers." Pendant plusieurs mois, il faisait alors l'effort de s'acquitter correctement de ce qu'on attendait de lui, espérant voir évoluer sa situation. Puis, les mois passant, ne constatant aucune reconnaissance de ses efforts et ne voyant poindre aucun espoir de sortie, il retombait dans son inertie. Le fait est qu'autant Louis, agressif, voit se déclencher les effervescences, autant, calme, il a tendance à être relégué aux oubliettes.

De plus en plus il se réfugie dans ses souvenirs antérieurs à son hospitalisation, tentant désespérément de renouer avec des amis des années soixante-dix (période Nice-Marseille, voyages à l'étranger). Ses propos délirants témoignent d'une anxiété croissante (peur de "fachos", des gens qui le font "flipper"...).

"Les psychoses ne seraient que le résultat d'une organisation mémorisée de l'angoisse et de la fuite dans l'imaginaire du fait de l'impossibilité de trouver sa solution dans l'action... Pourquoi y a-t-il régression ? On peut penser que l'imaginaire ne pouvant s'enrichir qu'à partir d'un nouveau matériel mémorisé, la séparation, l'isolement progressif d'avec le monde interdisent tout nouvel apport à partir de l'environnement." Henri Laborit

Si l'on considère son délire comme une fuite dans l'imaginaire, (la seule qui lui soit possible), face à une réalité qui lui est insupportable (lieux d'enfermement aux limites floues, sans perspective d'avenir, qui ne lui renvoient d'autre image de lui-même que celle d'un malade qui fait peur), une façon appropriée de combattre son délire et son anxiété passe inéluctablement par une exploitation de ses capacités et une prise en charge adaptée à ses besoins. Ses besoins, c'est à nous d'y répondre du mieux que nous le pouvons, et non à lui de se calquer sur nos désirs (ou notre absence de désirs). Faire fi de ses demandes et décider sans le consulter d'activités qu'on lui impose ensuite (c'est la démarche prônée lors de la dernière réunion avec le personnel de nuit) est, à mon humble avis, infantilisant, peu réaliste dans une optique thérapeutique, et totalement dénué du respect que nous sommes tenus, en tant que soignants, de lui témoigner.

Attribuer une exacerbation de son délire et de son anxiété à sa seule pathologie et répondre à ses accès par un isolement de plusieurs jours où il reste enfermé dans sa chambre avec pour seuls interlocuteurs son magnéto, cinq cassettes, des cigarettes et un seau hygiénique me semble désadapté pour les raisons suivantes:

- cet isolement ne peut que renforcer son délire et son angoisse ainsi que l'image de persécuteurs qu'il a de certains soignants;

- le délire et l'anxiété sont des symptômes. On aura beau lui présenter son enfermement "non comme une punition, mais comme une aide", la souffrance qu'il

en éprouve ne sera pas diminuée pour autant. En outre, Louis n'est pas stupide. Il sait très bien que l'isolement est une des punitions en vigueur dans le service. Or une punition implique une faute et qui dit faute dit coupable. Or Louis n'est coupable ni d'être délirant, ni d'être persécuté; il en est le premier malheureux. Et voir les choses sous l'angle d'une problématique de culpabilité est une réaction plus névrotique que saine.

- considérer son comportement isolément du milieu dans lequel il évolue est une vision désadaptée relevant d'un mode de pensée révolu. Chaque personne est un tout psychosomatique dans son milieu qui le pénètre et auquel il réagit; séparer d'un côté le corps, de l'autre le psychisme et faire abstraction du milieu est une démarche élémentariste, qui isole artificiellement des éléments et des facteurs liés entre eux structurellement.

Invoquer la chronicité pour ne rien faire en prétextant que c'est trop tard, c'est partir perdant, c'est faire abstraction du fait que, comme tout être humain, Louis est en évolution constante. Considérer sa maladie comme un handicap fixé une fois pour toutes relève d'une vision statique désuète ne correspondant pas à la réalité. Cela renvoie à Louis une image désespérée de lui-même, et témoigne d'une optique réductrice sur notre travail de soignants. Enfin l'argument de la chronicité me paraît être une excuse pratique, mais ô combien peu glorieuse pour des soignants, permettant de se dédouaner à peu de frais de leurs responsabilités vis-à-vis des soignés.

Autre point: à Cadillac, Louis s'est trouvé mêlé à des gens plus violents que lui, dont la moitié ont commis des agressions criminelles (voir Libération du 31.5.89). Comment s'étonner qu'à son retour il tienne des propos violents ? Le contraire serait étonnant. De plus, une telle fréquentation ne peut que renforcer dans l'image de délinquant qu'il a eu de lui dans le passé.

Enfin, Louis n'a pas, loin s'en faut, le monopole de la distribution des coups dans l'institution. D'autres, comme Georges ou Robert, distribuent les leurs avec une vigueur et une fréquence qui, si l'on fait le compte, dépassent de beaucoup celles de Louis. Or les propos ou les actes agressifs de ce dernier prennent tout de suite une tournure dramatique au sein de l'équipe, alors que ceux des autres semblent considérés comme faisant partie des inconvénients inhérents à l'institution.

Mon propos n'est pas de minimiser les actes de Louis. Je sais, pour avoir reçu ma part d'horions, que c'est loin d'être agréable. J'ai d'ailleurs vécu une situation similaire à celle de mes collègues agressées quand je travaillais dans le service G., auprès de Robert D., sans que l'équipe d'alors ne s'en émeuve le moins du monde, et je sais ce que cela peut avoir d'anxiogène. Je crois qu'il est important de faire un travail de dédramatisation autour de ce qui se passe aujourd'hui, ainsi qu'un travail sérieux de reconstruction autour de Louis, l'un et l'autre étant liés. Je crois aussi que nous devons être honnêtes avec nous-mêmes: que de voir Louis enfermé rassure l'équipe, cela me paraît évident. Mais prétendre qu'on le renferme pour le rassurer lui est un sophisme dans les règles de l'art. Essaie donc de t'isoler une semaine dans les mêmes conditions et tu m'en diras des nouvelles.

D'ailleurs au niveau pénal, les mesures d'isolement sont réservées en France aux terroristes. Difficilement supportables, elles font partie des "traitements

dégradants" sanctionnables par le Conseil de l'Europe depuis que la France a ratifié, le 25 juin 1987, la "Convention Européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants". (voir Libération du 25.6.87)

La politique actuelle au plan national vise à une amélioration des droits des malades. Le sénat vient de modifier l'article 64 par l'abandon de la notion d'irresponsabilité au profit de celle de "non-punissabilité": "Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister." (voir Libération du 31.5.89) Ce qu'à dit Francis Jeanson au récent colloque de psychiatrie concernant l'enfermement des malades et l'éthique me semble ici particulièrement adapté et propice à la méditation.

Sur le plan pratique, voici quelques propositions susceptibles de faire avancer la situation:

1) Au niveau de la prise en charge de Louis:

Si l'on adapte une thérapeutique aux besoins des soignés et qu'on les fait participer à la prise en charge qui les concerne, il est bien rare de ne pas constater une amélioration de leur état; exemple: la petite école. Il n'y a là aucun mystère: "le vrai est vérifiable". Pr. Jean Bernard.

a. Définir ses besoins fondamentaux

b. Dresser une liste de ses aptitudes connues:

- sait taper à la machine,
- participe aux travaux manuels,
- est capable de rédiger des articles pour un journal,
- a des dispositions pour le théâtre,
- possède des connaissances en anglais,
- s'intéresse à la musique,
- a participé à des tirages du journal,
- etc.

c. Qu'est-ce que l'institution peut lui apporter ?

- le faire travailler intellectuellement,
- le faire participer à un spectacle (théâtre, vidéo, etc.)
- le faire taper à la machine, le sensibiliser à l'ordinateur,
- l'encourager à lire, à écrire,
- lui faire faire des activités physiques: sorties vélo, gymnastique, etc.
- l'aider à apprendre à raisonner logiquement: exercices de logique, apprentissage de la sémantique générale, etc.
- le sortir sur l'extérieur: activités cinéma, Maison pour tous, promenades et sorties accompagnées, etc.
- instaurer avec lui une relation saine basée sur le respect de lui-même et d'autrui,
- etc.

Ce qui entraînerait au niveau de son organisme les modifications suivantes:

- possibilité d'agir, d'où une baisse de l'inhibition de l'action, une baisse de l'anxiété, au niveau chimique: baisse du cortisol et néosynéphrine, d'où une baisse de son hypertension et une augmentation de ses défenses immunitaires,

- acquisition d'informations nouvelles, d'où ouverture de nouvelles voies synaptiques, d'où augmentation de l'utilisation de ses capacités au niveau du système nerveux,

- revalorisation, d'où une amélioration de l'image de lui-même et des autres: en termes d'analyse transactionnelle, transformer sa position de NOK-NOK en OK-OK, d'où une amélioration du travail de l'équipe.

- amélioration de sa condition physique.

Il ne s'agit là que de quelques exemples, facilement organisables et à peu de frais.

Béthéleim: *"Ce que nous cherchons d'abord, c'est de rendre à nos patients une vie vivable. Cela est fait par l'institution dans sa totalité puis, ensuite seulement un membre du personnel peut aller au-delà et aider les malades à aimer la vie, à retrouver la joie de vivre. Et il y a une grande différence entre trouver la vie vivable et avoir la joie de vivre. Parce que c'est cela la guérison."*

Au lieu de répondre à son délire et à son anxiété par l'enfermement, commençons par lui rendre la vie vivable.

2) Au niveau de l'équipe:

- permettre aux gens de verbaliser leur peur et réfléchir ensemble pourquoi elle prend de telles proportions,

- comment réagir efficacement et positivement devant l'angoisse, le délire et la peur des malades, rôle de ces éléments dans leur comportement violent,

- respect de soi-même et respect de l'autre, respect des soignés et respect des soignants,

- etc.

Conclusion:

Je t'écris cette lettre parce que j'ai besoin de m'ouvrir aux personnes avec qui je travaille de mes interrogations et de mes réflexions concernant mon métier. Notre travail, quelle que soit notre fonction dans l'institution, est difficile et parfois éprouvant. Cet aspect n'est sans doute pas étranger au nombre élevé de décès parmi le personnel durant ces dix dernières années (8 depuis 1980).

Nous avons le choix entre travailler ensemble dans un climat relationnel chaleureux de respect mutuel, en mobilisant nos ressources humaines pour un mieux-être des malades, ou privilégier nos intérêts et recherches de dominance personnels dans une ambiance conflictuelle, au mépris de notre fonction, des soignés et du service public auquel nous appartenons.

Tu as un rôle important dans le service, une position charnière entre les différentes unités. Je ne crois pas me tromper en pensant que si tu es surveillant-chef aujourd'hui, c'est grâce aux qualités d'intégrité, d'humanité et au sérieux dont tu as fait preuve auparavant, c'est pourquoi cette lettre est également un témoignage de confiance.

Au lieu de nous polariser sur les aspects négatifs de Louis et de ne voir en lui qu'une calamité, considérons-le comme une chance. Il peut représenter pour nous l'occasion de réaliser ensemble un véritable travail thérapeutique.

Bien sincèrement.

Lettre ouverte aux soignants du secteur IV: 12 Juin 1990

Si j'ai choisi aujourd'hui de m'adresser à vous, c'est pour vous entretenir de la situation dans laquelle se trouve actuellement Louis P., situation qui, à mon sens, mérite réflexion et analyse.

J'ai privilégié le biais de l'écriture, car elle me semble plus propice à rendre compte de cette analyse que l'expression orale.

J'ai basé cette réflexion et cette analyse sur un certain nombre de faits, et il m'a paru important de vous en faire part, car la conscience que j'en ai ne m'est plus actuellement ni professionnellement ni humainement tolérable.

I Résumé des faits récents:

Le 15 mai 1990, Louis P. frappe Monique L. et Stéphane C.. A la suite de cela, il est enfermé le jour même dans la chambre de force du premier étage. Il y reste jusqu'au 21 mai, c'est à dire six jours, puis réintègre le service V. où il reste enfermé dans sa chambre jusqu'au 28 mai, si j'en crois le cahier de rapport. Son geste d'agressivité lui aura donc valu 13 jours d'enfermement.

Le 23 mai, une demande de transfert pour l'U.M.D.³⁴ de Cadillac est effectuée "en cas de nécessité". Au retour de Louis dans le service, il n'est plus question de Cadillac jusqu'au 6 juin, date à laquelle le cahier de rapport mentionne un "projet de séjour à Cadillac". Le lendemain, toujours dans le cahier de rapport, est annoncée la décision du "prochain départ de Louis à Cadillac", sans que l'intéressé ait fait preuve, à ma connaissance, d'aucune violence susceptible de motiver cette décision et de constituer la "nécessité" mentionnée lors de la demande effectuée le 23 mai, le seul élément nouveau mentionné sur le cahier de rapport étant l'accord de la DASS de la Gironde pour le transfert de Louis.

34. U.M.D.: Unité pour malades difficiles: services psychiatriques spécialisés, qui admettent uniquement des personnes qui « présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (art. L.3222-3 du code de la santé publique).

II Qu'est-ce que l'U.M.D. de Cadillac ?

"Les unités pour malades difficiles sont des lieux à part. Dans ces services hospitaliers fermés, fonctionnant comme de véritables prisons - avec portes, clés et règlements omniprésents - on regroupe les malades mentaux supposés être les plus dangereux ou les plus agressifs." Libération, le 8.11.89

"La moitié des malades ont commis des agressions criminelles... Tous les malades sont placés sous le régime de placement d'office. "Nous sommes le dernier maillon de la chaîne. Il n'y a pas plus bas. On se débarrasse chez nous de ceux dont on ne sait pas trop quoi faire ailleurs." (Docteur Gaussarès).

"L'agressivité n'est plus supportée dans les services de psychiatrie classique. Dès qu'il y a un problème, dès qu'un malade devient perturbateur, je peux vous assurer qu'il va atterrir dans une U.M.D." (le psychologue de Cadillac.)

"L'U.M.D. le sait bien. Tout le monde à l'extérieur préfère se laver les mains de son existence, ravi d'être débarrassés de ces "cas" jugés sans solution." Libération, le 31.5.89

III Arguments avancés pour justifier le transfert:

1) "Louis le demande": personnellement, je n'ai jamais entendu Louis parler de Cadillac comme d'un lieu où il souhaite vivre, mais plutôt comme d'un endroit où il redoute d'aller: "Il ne retournera plus à Cadillac, Louis ? Non !" ajoute-t-il comme pour se rassurer. Son évocation des souvenirs qu'il en garde est souvent sinistre, à l'exception de sa relation avec le médecin, Madame F.. Je lui ai demandé s'il souhaitait y retourner. Réponse: "Non, cela ne m'intéresse pas."

2) "Un séjour de rupture": Cadillac n'est pas à proprement parler le lieu de prédilection pour de tels séjours de rupture; c'est un milieu carcéral. D'ailleurs ce n'est pas là que sont envoyés les autres malades pour de tels séjours; ils vont dans des endroits plus épanouissants.

3) "Par cohérence vis-à-vis de Cadillac": je ne sais sur quels critères d'évaluation peut reposer cette "cohérence vis-à-vis de Cadillac". J'avoue qu'elle dépasse mes capacités d'entendement. Je ne vois pas où réside la cohérence quand les discours tenus à Louis sont de nature contradictoire, et qu'ils ne correspondent pas à la réalité des décisions qui lui sont imposées. En tant que soignants, c'est au premier chef vis-à-vis de Louis que nous sommes tenus d'être cohérents, car c'est son bien-être qui doit primer.

IV Comparaison entre Louis P. et Georges D.:

On peut facilement constater à la lueur des faits que Louis, s'il est l'hospitalisé le plus sanctionné, arrive bien loin derrière d'autres dans le palmarès de la violence et de la fréquence des actes. Ainsi Georges D., depuis son arrivée au service C., s'est vu imputer les actes suivants:

- Entré le 25 septembre 89,
- le 20 octobre, il casse le nez de Marie,
- le 30 Octobre, il gifle Karine,

- le 31 octobre, il donne une correction à Philippe A.,
- le 3 novembre: coup de poing à René P.,
- le 15 Décembre: gifles à Karine,
- le 28 décembre: frappe Jean-Marie et Jean-Marc,
- le 16 janvier 90: frappe Marie à plusieurs reprises,
- le 26 janvier: frappe Mr B. dans le service V.,
- le 2 février: frappe à nouveau Mr B.,
- le 11 février: casse un balai sur le dos de Louis,
- le 15 février: frappe Anne-Marie,
- le 31 mars: bagarre avec Stéphane,
- le 8 avril: frappe Jean-Marie; intervention de 7 infirmiers; frappe Anne-Marie et Laurent; hospitalisé dans le service V. une semaine,
- le 6 mai: frappe Dominique V. et lui casse ses lunettes.

Ne sont pas comprises dans cette liste ses violences antérieures (côtes cassées à Mr M., coups à Anita B., coups de pied dans le ventre à Marie-Claude D., etc.)

On peut alors observer que Georges a frappé plus de gens en l'espace de 8 mois que Louis en douze ans d'hospitalisation. Paradoxalement, quoi que Georges ne soit ni délirant, ni stupide et qu'il soit capable d'évaluer la portée de ses actes, il n'est nullement question actuellement en ce qui le concerne de placement d'office, de Cadillac, ni même de chambre de force. Ses agressions sont généralement "reprises avec lui en entretien" ; la sanction la plus sévère dont il ait écopé s'est soldée par une hospitalisation d'une semaine à V., service dans le cadre duquel il était libre de ses mouvements.

Sur le plan occupationnel, Georges participe à de nombreuses activités et sorties à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital (à T., sorties cinéma, stage C.A.T.,³⁵ etc.). Il va régulièrement dans sa famille en permission et voit ses demandes et désirs pris en compte par l'équipe. Ses conditions d'hospitalisation sont de beaucoup plus enviables que celles de la plupart de ses condisciples.

En comparaison celles de Louis sont infiniment plus précaires:

En juin 89, quand il avait été transféré du service C. au service V., il lui avait été dit qu'il y venait "pour une durée de trois semaines". Il s'y trouve toujours un an plus tard sans qu'aucun projet n'ait été élaboré pour lui dans une perspective de soins. Il est toujours aussi anxieux et délirant, et l'hypertension dont il souffrait déjà n'a fait qu'augmenter.

Quand il est arrivé à l'hôpital il y a douze ans, il vivait dans sa famille et avait un travail. Au cours de toutes ces années, aucune tentative sérieuse de sortie à l'extérieur n'a été envisagée pour lui, si ce n'est un bref passage à l'appartement

35. C.A.T.: Centre d'aide par le travail: « Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) (couramment encore appelés « centres d'aide par le travail » ou CAT) sont des établissements médico-sociaux qui relèvent, pour l'essentiel, des dispositions figurant dans le code de l'action sociale et des familles. Ils offrent aux personnes handicapées des activités diverses à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. » (<http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/contrats-et-carriere/travailleurs-en-situation-d-handicap/article/les-etablissements-ou-services-d-aide-par-le-travail>)

thérapeutique où il était livré à lui-même en dehors du temps où il venait en hôpital de jour, passage qui s'est soldé par un échec. Depuis il a été mis sous tutelle, puis en placement d'office le 7.5.87, P.O. qui n'a jamais été levé depuis. Avant d'être envoyé à Cadillac, il allait régulièrement passer des week-ends dans sa famille. Ces permissions ont été supprimées. Avant la mise en place de la "nouvelle structure" (1987), il participait à des activités au Centre Social, à la petite école, au journal "Objectifs" et à des séjours hors de l'établissement. A l'exception de quelques épisodiques journées à T., il reste confiné depuis un an à l'intérieur du service, avec pour seules occupations les travaux ménagers et la retranscription de son discours intérieur sur des cahiers. Il demande souvent à être emmené en sorties, en séjours, mais l'organisation actuelle du service V. n'autorise plus ces activités. Depuis plusieurs mois, nous demandons à la surveillante de pouvoir emmener un groupe de malades en sortie à leur demande, en vain. Il y a quelques mois, Louis avait demandé à aller voir un ancien hospitalisé (Mr M.) en maison de retraite, en compagnie de l'infirmier de secteur qui lui rend visite régulièrement: sa demande a été rejetée. Il souhaiterait également faire des activités de jardinage: pas de réponse. Il est démuné de tout pouvoir de décision et de consultation concernant sa vie. Il demande souvent combien de temps il va être hospitalisé, s'il va rester là toute sa vie. Ses angoisses de mort sont de plus en plus présentes et ne semblent pas sans lien avec ses conditions d'hospitalisation et la dégradation de son état de santé. Il n'a aucun entretien régulier avec un médecin, n'étant vu que quand il manifeste trop son angoisse. Mes collègues qui travaillent de jour déplorent l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent d'entreprendre avec lui un travail thérapeutique réel, et disent que la présence épisodique du personnel présent entre 9 heures et 17 heures ne permet pas l'organisation d'activités à visées thérapeutiques réelles.

Dans les pages que j'avais adressées l'an dernier à Mr L. (surveillant-chef), je proposais un certain nombre de mesures simples destinées, au niveau de Louis, à répondre à ses besoins et, au niveau de l'équipe, à entreprendre un travail de réflexion sur les situations d'agressivité et sur notre travail de soignants. Rien n'a été entrepris depuis ce temps-là pour améliorer la prise en charge de Louis, ni pour permettre à l'équipe d'engager un travail soignant réel. Les seules réponses aux crises et manifestations d'angoisse de Louis se limitent à des administrations de neuroleptiques et à l'isolement.

Je me demande à quoi est due une telle différence de traitement entre les hospitalisés et sur quelle logique elle est basée.

Il semblerait qu'on assiste à une confusion entre le niveau des mots et le niveau des actes; exemple: les violences de Georges s'expriment au niveau des actes, des faits, c'est-à-dire au détriment des gens qui les subissent physiquement. Louis est le plus souvent agressif au niveau des mots: les menaces qu'il profère à l'encontre de diverses personnes, (dont nous sommes X et moi), restent au niveau du discours et ne se concrétisent pas dans la réalité. Elles ne nuisent alors pas à quiconque. Elles restent au niveau du délire et, à ce stade, la personne qui en souffre est Louis lui-même. Quand il me menace en paroles, c'est parce qu'il me vit dans son délire comme l'un de ses persécuteurs, mais cela ne me nuit en rien. Dans la réalité, je vais souvent vers lui, il vient vers moi et sait qu'il peut me parler car je vais l'écouter; il ne m'a d'ailleurs jamais fait le moindre mal.

Il se peut que ses paroles entraînent des réactions de peur, mais à partir du moment où les mots ne se concrétisent pas au niveau des actes, cette peur, si elle est compréhensible, n'est pas obligatoirement fondée. Il existe alors un moyen facile de la dissiper: en parler avec lui, entrer en relation de manière non culpabilisante, dédramatisante, ce qui a pour effet d'annihiler la peur de Louis et celle que l'on ressent. Cela permet également de lui fixer les limites dont il a besoin, et de partir sur de nouvelles bases, plus saines. Par contre, si la peur que l'on éprouve devant son délire entraîne de notre part une réaction d'ordre répressif, d'une part cela est révélateur de notre impuissance à agir au niveau thérapeutique, et d'autre part cela veut dire que c'est son délire que l'on pénalise, et que l'on considère qu'il est d'une certaine façon coupable d'être malade. On obéit alors à une logique basée sur la notion de crime sans victime.

Pour conclure cette analyse, je tiens à dégager ma responsabilité concernant les conditions d'hospitalisation de Louis P. et son transfert à Cadillac. En tant qu'infirmiers, nous sommes confrontés à la maladie des patients, à leur souffrance, et notre rôle consiste à les en soulager dans la mesure de nos moyens, non à renforcer le rejet dont ils souffrent ni à en faire des exclus parmi les exclus. C'est pourquoi cette situation ne me semble pas cautionnable au niveau professionnel.

Elle ne me paraît pas non plus cautionnable au niveau humain: "Etre homme, disait Saint-Exupéry, c'est être responsable." Et si aujourd'hui nous nous déchargeons de nos responsabilités en abandonnant Louis à son triste sort, dans l'hypothèse où nous pourrions nous retrouver un jour dans une situation comparable du fait des hasards de la vie, nous pourrions alors difficilement exiger d'autrui ce que nous n'avons pas été capables d'exiger de nous-mêmes.

En résumé cette situation me paraît incompatible avec les notions de respect de soi-même et d'autrui, et les valeurs éthiques et humanistes qu'exige de nous notre appartenance à la santé publique.

En souhaitant que cette lettre permette d'engager une réflexion commune et soit le point de départ à un travail soignant réel autour de la personne de Louis P., j'y joins une copie de la lettre adressée l'an dernier à M. L. et vous prie de croire en l'assurance de mes sincères salutations.

Lettre du 10 août 1990 au Président de la République François Mitterrand

Monsieur le Président,

J'exerce le métier d'infirmière de secteur psychiatrique à l'hôpital de T. dans le département X, hôpital dans lequel j'ai été formée et où je travaille depuis l'obtention de mon diplôme en décembre 1978.

Si j'ai décidé de m'adresser à vous aujourd'hui et d'ouvrir par-là même la structure hospitalière au niveau informationnel, c'est pour attirer votre attention sur le cas d'un patient, Louis X, âgé de 36 ans et hospitalisé depuis douze ans dans le secteur où je travaille, ses conditions d'hospitalisation ne m'apparaissant pas compatibles ni avec la Constitution de notre pays qui garantit à chacun de ses

citoyens, fussent-ils malades mentaux, des droits naturels et inaliénables, ni avec le respect dû aux patients par le service public, ni avec les considérations thérapeutiques censées être à la base de notre travail de soignants.

Louis P. a été conduit le 6 juillet 1990 au C.H.S.³⁶ de Cadillac sur Garonne, dans une Unité pour Malades Difficiles, pour la troisième fois de son existence. Adressé en 1987 dans cet hôpital, en théorie pour un mois, suite à un coup de pied qu'il avait donné à une infirmière, il y est en fait resté onze mois. Il y est retourné huit mois en 1988, suite à un épisode anxieux lors duquel il avait frappé une autre infirmière et cassé une pile d'assiettes. Les deux premiers transferts lui avaient été présentés comme des mesures disciplinaires. Ce dernier est censé faire fonction "non de punition mais de séjour de rupture". En réalité, il fait suite à une demande de transfert effectuée le 23 mai 1990, après qu'il eut frappé deux autres hospitalisés et eut été, suite à cela, enfermé durant treize jours, d'abord en chambre de force puis dans une chambre normale.

Monsieur P. est en placement d'office depuis le 7 mai 1987, P.O. qui n'a jamais été levé depuis. A son arrivée à l'hôpital voici douze ans, il se présentait comme un garçon en bonne santé physique, intelligent, d'un niveau intellectuel et culturel satisfaisant. Avant sa mise en P.O., il participait régulièrement à des sorties et à des séjours à l'extérieur. Durant les années 1984, 85 et 86, il a été un des éléments de base du groupe B 23, une école à vocation éducative que mon mari, également infirmier, et moi avons mis sur pied avec un groupe de soignants et de soignés. Il participait également avec assiduité à la rédaction du journal du groupe, *Objectifs*. Il n'a jamais posé le moindre problème dans ce contexte, sachant au contraire se faire apprécier des autres membres du groupe par son humour, sa bonne volonté et les capacités dont il fait preuve. Son premier transfert en 1987 a coïncidé avec l'interruption du groupe B 23 dont une restructuration à l'intérieur du service a rendu la poursuite impossible. Le groupe était considéré par un certain nombre de responsables du service comme "trop éducatif, pas assez psychiatrique", et les soignants qui l'animaient se sont vus, entre autre, reprocher d'être "du côté des malades".

Depuis 1987, la seule image qui soit renvoyée à Louis P. est celle, négative et infériorisante, d'un malade délirant, incompréhensible et dangereux. Son potentiel, ses aspects positifs, sont ignorés; il est souvent en butte à des propos dévalorisants, inhibiteurs, qui favorisent le fait qu'il se réfugie dans son délire, seule échappatoire qui lui reste face à une réalité insupportable. Son hospitalisation dans ces conditions, loin de l'aider à sortir de la maladie, contribue à l'y enfoncer davantage. La durée des enfermements qu'il subit est disproportionnée aux actes qui lui sont reprochés et sans commune mesure avec les sanctions dont il aurait écopé si, jugé responsable de ses actes, il avait été condamné par des instances judiciaires pour les mêmes faits.

Durant son dernier séjour à Cadillac, le compte-rendu du médecin qui le suivait témoigne que, pendant huit mois, il n'a fait preuve d'aucune agressivité, y compris envers d'autres hospitalisés de l'U.M.D. dont il subissait l'agressivité, n'étant pas en mesure de se défendre.

36. CHS: Centre Hospitalier Spécialisé.

Au niveau physique, sa santé s'est dégradée petit à petit, surtout depuis qu'il est en P.O.: le manque d'exercice, l'inaction forcée, l'absorption quotidienne de doses importantes de neuroleptiques, se sont traduites par une forte prise de poids et une hypertension élevée.

Aujourd'hui, trop coupé de la réalité pour entreprendre des démarches qui lui permettraient d'influer lui-même sur sa situation, il ne dispose d'aucun appui à l'extérieur si ce n'est sa mère, malade et âgée. Dans ces conditions, il ne peut que subir ce qui lui arrive. Il a aussi des sœurs, mais elles le voient peu et manquent d'éléments pour assurer sa défense.

En ce qui me concerne, j'ai tenté diverses démarches au niveau de l'hôpital, m'adressant entre autre par lettre l'an dernier à mon surveillant-chef et récemment à l'ensemble des soignants de l'équipe, dans le but de permettre une analyse et une réflexion communes des événements et d'engendrer une prise en charge répondant aux besoins de l'intéressé, en vain. Ma lettre de l'an dernier ne donnant lieu à aucune réaction, je l'ai transmise au directeur de l'établissement, démarche jugée par la suite "insultante". Celle de cette année, accueillie avec ouverture par mes collègues infirmiers, a été proprement éludée par les niveaux supérieurs.

Malheureusement, Louis P. n'est pas le premier hospitalisé à se voir confronté à des conditions d'urgence totale dans le service: en 1983, Monsieur Gustave L. est mort à l'âge de 94 ans des suites d'une grève de la faim qu'il avait entreprise pour protester contre son internement en placement volontaire après qu'il eut accusé le directeur de la maison de retraite où il résidait de le voler, accusations qui se sont révélées exactes après sa mort. En 1987, Théophile O. a subi des agressions physiques répétées de la part d'un autre patient, dans l'indifférence générale.

Dans le premier cas je ne me suis rendu compte de ce qui s'était passé qu'après la mort de Monsieur L.. Dans le cas de Monsieur O., j'ai pu intervenir auprès du Directeur de l'établissement qui a pu mettre un terme à ces agressions. Aujourd'hui, en ce qui concerne Monsieur P., j'ai essayé tout ce qui était en mon pouvoir, en vain et je n'ai plus aucune possibilité d'action à l'intérieur de l'hôpital. La seule chose que je puisse faire est de porter l'information hors des murs. Et je dois le faire, sinon je cautionne ces événements et j'accepte l'éventualité que d'autres personnes hospitalisées puissent dans l'avenir continuer de supporter l'insupportable. De par leur handicap, les psychiatisés sont rarement en mesure de prendre conscience des abus qu'ils subissent et encore moins de les contester, tant ils sont imprégnés du sentiment de leur indignité, du fait de l'opprobre et du rejet qui pèse sur la sphère de la maladie mentale. Victimes d'une pédagogie de la culpabilité, ils doivent subir leur sort dans l'acceptation. Dans l'hypothèse où ils ne l'accepteraient pas, leur statut de malade suffit à disqualifier leur parole et à justifier ce qu'ils subissent.

Ce qui caractérise la maladie mentale, au-delà de toute classification nosographique, est la souffrance morale. Il existe des services où le travail de l'équipe tout entière a pour but de soulager cette souffrance. Le terme de soignant, appliqué aux membres de ces équipes, est alors pleinement justifié. Mais il en est d'autres où le but réel, en dépit des apparences et des discours, consiste à

conserver à tout prix les structures en place et, au nom de "l'activité dynamique du service", à maintenir les patients dans le cadre de ces structures, sous prétexte du postulat d'incurabilité de la maladie mentale, même si le prix à payer se traduit en termes de dépendance, de dégradation et de mort d'êtres humains. La souffrance, attribuée alors à la maladie, est banalisée et, l'inertie et la routine aidant, elle finit par faire partie du quotidien. Les mots de "thérapeutique", de "soins", au nom desquels ces structures se pérennisent, se vident de leur sens. La simple référence à la loi y est vécue comme subversive, et l'évocation de l'éthique, taxée de démagogique. Alors rien n'y est plus vrai et tout y devient permis en matière d'aliénation.

En tant qu'infirmière, j'ai été formée et je suis payée pour amener les patients à un état de mieux être et d'autonomie, si j'en crois la circulaire relative à l'exercice de la profession infirmière DGS/DH N°387 du 15 septembre 1989 que Monsieur le Ministre Claude Evin nous a fait parvenir à mes collègues et moi-même.

Dans la mesure où c'est votre gouvernement qui définit ma fonction et qui me rétribue, il m'est apparu qu'en désespoir de cause, il était de mon devoir de m'en remettre à vous.

Je joins à cette lettre plusieurs éléments qui vous permettront d'évaluer le bien fondé de mes affirmations, à savoir:

- un double des lettres adressées à mon surveillant-chef et à l'ensemble de l'équipe concernant Louis X,
- deux numéros du journal Objectifs qui témoignent du travail du groupe B 23,
- deux chapitres d'un livre dont j'ai entrepris la rédaction, l'un sur Monsieur L. ("Monsieur Agnelet") et l'autre sur Monsieur O. ("Modeste"). Dans les deux cas j'ai repris les éléments d'information provenant de leur dossier et des cahiers de rapport, éléments où mon point de vue n'entre pas en ligne de compte, et sur la base desquels l'observateur est en mesure de se forger sa propre opinion,
- un compte-rendu d'une réunion institutionnelle récente (28 mai 1990) réalisé par un stagiaire cadre, compte-rendu qui illustre les problèmes relationnels actuels.

Monsieur le Président, dans l'espoir que cette lettre permettra une amélioration de l'existence de Louis P., je recommande à votre attention le sort de ce garçon. Je suis, bien sûr, à votre entière disposition pour vous fournir tous les autres éléments que vous pourriez être en mesure de solliciter.

Permettez-moi de vous assurer, Monsieur le Président, de mes respectueuses salutations, de ma vive estime et de mon sincère dévouement.

Réponses:

PRESIDENCE Paris, le 22 août 1990
DE LA
REPUBLIQUE
Référence à rappeler:
SC/3/C70347

Madame,

J'ai été chargé de répondre à la lettre que vous avez adressée le 10 août 1990 à Monsieur le Président de la République.

Je vous remercie d'avoir bien voulu faire part de vos réflexions au chef de l'État.

Soyez assurée qu'il a été pris bonne note de vos remarques dont j'ai informé aussitôt le Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale plus particulièrement compétent pour les examiner.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

X

Chargé de Mission

MINISTERE 1 octobre 1990
DE LA SOLIDARITE
DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Cabinet du Ministre
REFERENCE DH
ATTENTION

La référence et la date de cette lettre sont à rappeler pour tout renseignement.

Madame,

Monsieur Claude EVIN, Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, a bien reçu votre correspondance transmise par la Présidence de la République qui fait l'objet d'un examen attentif dans ses services.

Dès que possible vous serez informée de la suite qu'elle est susceptible de recevoir.

Veuillez agréer, Madame, l'assurance de ma considération distinguée.

L'Attaché principal,

Y

Évaluation, 21 Août 1990

Personnes présentes: médecin-chef, surveillant-chef, infirmière.

Les passages en gras et entre parenthèses contiennent des précisions ajoutées pour faciliter la compréhension du texte, ils ne font pas partie de l'enregistrement.

1990 est l'année de la mise en place des évaluations qui n'existaient pas auparavant.

Infirmière: Messieurs, bonjour.

Surveillant-chef: On voit un petit peu tout le monde comme ça, on a vu, j'ai pas encore totalisé, à peu près la moitié des infirmiers; on aurait souhaité que cela soit fait bien avant, juste après les évaluations, ça ne s'est pas fait et on est plus proche de l'autre évaluation. Bon, voilà; donc, l'objectif quand on se voit comme ça, c'est pour parler un petit peu de l'appréciation qui a été mise (*il fait référence à la feuille de notation annuelle*) et puis qu'on en discute ensemble. Donc par rapport à mon observation, moi j'avais mis: "Sens de l'observation mais toujours le même constat, madame X n'accepte de travailler que si son conjoint est présent aux mêmes horaires." Je crois que tu as fait une demande de réclamation dans ce sens-là aux commissions paritaires³⁷. Je crois aussi qu'il y a une façon de jouer sur les mots; j'ai l'impression, quand même, enfin, je n'en sais rien, Unetelle (*la surveillante*) ne vous l'a peut-être jamais demandé, par rapport à l'attitude que vous avez par rapport à ce problème, moi je crois que c'est sûrement ça, il y a sûrement une difficulté et vous avez toujours dit que vous vouliez faire les mêmes horaires. Ça, c'est un constat qu'on regrette, donc je l'ai noté dans mon appréciation et quelle que soit la décision des commissions paritaires, je n'aurais pas changé mon appréciation. Bon, on va pouvoir en parler. L'appréciation de M. Psychiatre, ça a été, heu...

M. Psychiatre: Effectivement, j'ai mis R.A.S.³⁸ parce que quand on a fait le truc, c'était après, je n'étais pas très content après vous, c'était après cette histoire de lettre effectivement (*la lettre du 21 juin 1989 adressée au surveillant-chef au sujet de Louis P.*), donc j'ai préféré ne rien mettre plutôt que d'écrire sur une fiche d'annotation des choses... Cette lettre dont vous m'avez parlé la dernière fois en réunion, on n'a pas le temps de la reprendre maintenant, on la reprendra peut-être un jour, mais je crois que, je ne sais pas, je me suis vraiment posé une question en lisant cette lettre; d'une part, un petit détail quand même, le jour de la réunion, j'étais absent depuis plusieurs semaines, donc je n'étais pas tout à fait dans le coup et vous m'avez dit que vous m'aviez écrit et que vous n'aviez pas eu de réponse. En fait

36. Commissions paritaires: instance intérieure à l'hôpital à laquelle le personnel a recours pour contester une évaluation, une note ou une sanction; sa défense est alors assurée par un représentant syndical; en l'occurrence, c'est le surveillant-chef qui se trouve être également le représentant syndical de la CGT: c'est donc la même personne qui cumule les fonctions de professionnel de l'autorité et de défenseur du personnel; l'instance en question perd donc tout son sens.

38 R.A.S.: rien à signaler.

cette lettre était adressée au surveillant-chef, et c'est vrai aussi qu'il n'avait pas eu le temps de me la donner et que c'est le directeur qui m'en a parlé. Je ne trouve pas ça très, heu, très honnête de laisser entendre devant l'ensemble de vos collègues que je ne répons pas à une lettre, que cette lettre était innocente, enfin, etc., je tenais à vous le dire; ça c'était pour la dernière réunion. Quant au contenu de la lettre, elle est carrément, en tant que chef de service ayant pris la responsabilité d'envoyer Louis à Cadillac, je me suis senti insulté par le mot "torture", toutes espèces de conneries; c'est pas possible, je crois que vous ne vous êtes pas rendu compte, encore une fois je répète ce que je vous ai dit publiquement, vous ne vous êtes pas rendu compte. Le genre de chose qu'on écrit, ça peut s'appeler de la diffamation, enfin c'est grave, c'est pour ça que moi, j'ai mis R.A.S.. Par ailleurs depuis le temps que vous travaillez ici, je connais votre sérieux dans le boulot et tout ça, je me suis dit, faut qu'on en parle. Et puis, c'est vrai que vous faites les nuits et puis que je n'ai pas eu le temps de vous rencontrer, mais on en reparlera de cette lettre, y compris du contenu et de Louis et de Cadillac et de ce que ça représente, pourquoi pas, je veux bien en reparler avec vous. Voilà, c'est tout; c'est pour cela que j'ai mis R.A.S., autrement j'aurais mis une appréciation, heu... L'année précédente, j'avais mis une appréciation; l'année précédente, j'avais mis, moi, que vous faisiez un petit peu, j'avais fait les appréciations seul l'année précédente, pas avec la surveillante, tout seul; j'avais mis pour vous deux à peu près la même chose, c'est-à-dire que vous faisiez un petit peu bande à part, vous ne vous intégrez pas bien dans l'institution. Pourquoi ? On peut essayer d'analyser, je ne dis pas que je détiens la vérité absolue, je crois qu'inconsciemment quelquefois, vous avez même un comportement qui fait que vous vous isolez et que le reste de l'équipe vous... vous rejette aussi, et c'est un peu ce que j'avais voulu mettre il y a deux ans. Voilà.

Surveillant-chef: Bon, à toi. Qu'est-ce que tu as à dire par rapport à cela ? Est-ce que tu as des questions ?

Infirmière: Eh bien, je pense que c'est une question d'opinion et que vous avez tout à fait le droit d'avoir vos opinions.

M. Psychiatre: Voilà, oui, oui.

Infirmière: Voilà, moi, heu, bon, ceci dit, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise par rapport à ça?

M. Psychiatre: Moi je vais vous poser une question. Je reviens, si vous parlez d'opinion, vous avez aussi tout à fait le droit de penser, de penser plein de choses par rapport à Louis. Mais on peut le penser et l'écrire, et c'est là qu'il y a la nuance, hein ? Autrement je ne discute pas du fait que vous avez tout à fait le droit de penser... Mais c'est vrai aussi que quand on travaille ensemble et qu'on ne pense pas du tout la même chose, ça risque de faire des fois des étincelles. Je veux revenir à ce que disait le surveillant-chef sur vos horaires de travail et vous mettre devant un de vos problèmes. Je dis bien que c'est vos problèmes qui finissent par en créer à l'institution et en créer à nous, les chefs de service et pas les chefs du mouvement, c'est qu'il est évident que vous tenez à travailler ensemble et que quand on vous dit "Vous ne travaillerez plus ensemble", vous dites "Bon, on s'en va" ou, bon, c'est ça. Bon et puis si vous partez, vous partez, on ne vous retiendra pas, mais c'est une réalité, et vous avez écrit une lettre pour contester ce qu'a dit votre surveillant-chef, qui était la réalité; là, ce mécanisme de pensée...

Infirmière: Eh bien, écoutez, moi, heu, effectivement...

M. Psychiatre: C'est incontestable, votre mari lui-même vient de nous le dire, "on travaillera toujours aux mêmes horaires, il n'est pas question...", et puis je ne comprends pas que vous arriviez à contester une chose qui est une réalité.

Infirmière: Moi, personnellement, ce que je peux vous dire, c'est qu'effectivement on a fait la demande de travailler aux mêmes horaires, et c'est vrai aussi que l'an dernier, on ne nous a jamais demandé de travailler à des horaires différents. Cette année, on nous l'a demandé et on l'a fait quand cela nous a été demandé. Point. Je n'ai rien d'autre à dire. Que voulez-vous que je vous dise ? Je ne veux absolument pas rentrer dans des histoires de "raison" ou "tort" ou de choses comme ça, je ne pense pas que cela serait tellement utile. Personnellement, je ne vois pas ce que je pourrais rajouter. Bon, je vous dis ça; ce que je peux vous dire aussi par rapport à...

M. Psychiatre: Vous avez travaillé à des horaires différents ?

Infirmière: Oui, cette année, là, plusieurs fois.

M. Psychiatre: Comment vous avez fait pour venir travailler ?

Infirmière: Eh bien, mon mari m'a conduite.

M. Psychiatre: Je ne savais pas.

Infirmière (au surveillant-chef): C'est vrai ou ce n'est pas vrai ?

Surveillant-chef: Oui.

Infirmière: Bon.

Surveillant-chef: Oui, mais quand on vous a fait rendre vos nuits, on ne vous les a pas fait rendre ensemble, soit l'un, soit l'autre.

M. Psychiatre: C'est pas des horaires différents.

Surveillant-chef: On a pris sur un repos.

Infirmière: Maintenant, une autre chose que je voulais vous dire par rapport à ma lettre, c'est que moi, personnellement, dans mon état d'esprit, je n'ai pas du tout eu l'intention de vous insulter ni d'insulter qui que ce soit. Quant à l'état d'esprit dans lequel je l'ai écrite, je pense que, on peut la reprendre, je ne pense pas avoir émis de jugement de valeur par rapport à quiconque ici.

M. Psychiatre: Moi je l'ai prise comme ça, mais je ne dis pas que vous avez voulu le faire.

Infirmière: O.K.

M. Psychiatre: Mais c'est vrai que je l'ai prise comme ça. En tant que responsable du service si vous voulez.

Surveillant-chef: Ce que dit M. Psychiatre aussi, c'est la forme, envoyer ça au directeur sans que lui en soit au moins informé.

M. Psychiatre: Parce que le directeur l'a eu avant que j'en sois informé effectivement. Elle ne m'était pas adressée, elle était adressée au surveillant-chef, et je n'avais pas vu le surveillant-chef avant que je rencontre le directeur et c'est, au niveau de la forme, quelque chose de grave. Je ne vous parle pas du contenu, parce que vous avez le droit de penser. Mais bon, c'est mon problème, si moi en tant que responsable du service, je vis ça comme des insultes; c'est mon problème, c'est vrai.

Infirmière: Je pense qu'il faut remettre ça un petit peu dans le contexte. (Au surveillant-chef): Untel, tu étais arrivé depuis peu de temps à ce moment-là et je me suis dit: "A qui est-ce que je vais l'adresser, cette lettre ?" Et puis j'ai pensé à toi parce que je pensais que tu étais en mesure d'être un bon surveillant-chef; je pensais aussi qu'en tant que surveillant-chef, tu étais le lien entre toute l'équipe et je pensais avoir une relation avec toi où je pouvais te dire ce que je t'ai dit.

Surveillant-chef: Tu pouvais me le dire, il n'y a pas de problème. Mais dans le même temps, tu l'as quand-même envoyée au directeur.

Infirmière: Pas dans le même temps. Je l'ai adressée un mois environ après.

M. Psychiatre: Je ne préciserais pas parce que mes souvenirs sont flous.

Surveillant-chef: Et pourquoi un mois après ?

Infirmière: Eh bien, parce que je n'avais toujours pas de réponse.

Surveillant-chef: Oui, alors c'est là où il y a quand même une difficulté.

M. Psychiatre: Oui, mais moi j'étais là et elle me concernait, cette lettre. Le surveillant-chef aurait pu juger tout à fait, heu, de ne pas me la montrer, pourquoi pas? La passer directement au directeur, c'est quand même quelque chose de... non, c'est un état d'esprit où, je ne sais pas...

Surveillant-chef: Je n'ai quand même pas le pouvoir d'avoir une réponse immédiate à toutes tes questions.

M. Psychiatre: De toute façon, il y a des questions sans réponse à votre lettre par rapport au sens que peut avoir l'enfermement à Cadillac, etc.

Surveillant-chef: Bon, la psychose et tout ça, c'est pas évident. Ceci dit, en plus, ce que ça a entraîné, je crois qu'il faut que je le rappelle ici. Quand c'est arrivé au directeur, le directeur m'a d'abord convoqué avec M. Psychiatre. Il n'était pas question d'y répondre, c'est clair. Il voulait vous recevoir, bon, après il ne l'a pas fait.

M. Psychiatre: Ça ne s'est pas fait. Il a demandé qu'on vous voit ensemble, et je crois que lui avait quand même demandé si on voulait qu'on donne une suite. J'ai dit non.

Surveillant-chef: Donc la réponse, c'est "fallait pas y répondre."

Infirmière: Alors attends, si tu n'as pas répondu à la lettre...

Surveillant-chef: Non, c'est pas ce que j'ai dit!

Infirmière: Alors attends, je ne comprends pas, moi.

Surveillant-chef: Sans doute que j'y aurais répondu, mais je crois qu'on ne répond pas comme ça à une lettre comme ça de façon immédiate, hein ? On ne va pas reprendre cette lettre et je n'ai pas, même aujourd'hui, je n'ai sûrement pas une réponse à tout là-dessus; je n'ai pas la prétention d'en avoir une. Non mais, c'est vrai. Je peux influencer sur certaines choses, qui auront des résultats ou qui n'auront pas de résultat, j'en sais rien. Ce que je veux dire, c'est que les choses ne sont pas si simples que ça. Mais ce que ça a entraîné au moins par rapport à la réponse, dans mon intention, c'était d'y répondre un petit peu par écrit de façon à mieux élaborer ma réflexion. Mais quand je suis arrivé chez le directeur, ça a été très net, dès que je suis arrivé, il m'a convoqué pour me dire qu'il ne devait pas y avoir de réponse de ma part, que s'il y avait une réponse, ça serait en présence de M. Psychiatre et de lui-même. Voilà, c'était terminé.

Infirmière: Moi personnellement, j'ai écrit cette lettre parce que je pensais important d'entamer une réflexion par rapport à Louis, étant donné qu'il y avait des problèmes qui se posaient quand même depuis quelques années. Je pensais aussi important de proposer quelque chose parce que je pensais qu'en tant que soignante, j'avais à proposer quelque chose sur le plan de la prise en charge, et voilà.

Surveillant-chef: Enfin ça n'explique pas la lettre au directeur, enfin, la forme, quoi, c'est ça.

M. Psychiatre: Il y a plusieurs choses là-dedans; il y a aussi un petit peu ce surinvestissement que vous faites par rapport à certains malades; bon, c'est normal, c'est humain, mais enfin je crois que tous nos malades sont aussi respectables les uns que les autres et que le tout, c'est de les soigner du mieux qu'on pense; mais c'est vrai qu'avec vous, il y a de temps en temps un malade qui prend une importance un peu plus grande que les autres; mais c'est vrai, ça aussi c'est une des choses qui m'avaient agacé dans cette lettre. Parce que, vous dites, je ne veux pas tomber dans le piège d'expliquer ça, mais je ne sais plus comment c'était présenté, un coup de poing égal tant de mois à Cadillac, des choses comme ça, enfin des conneries comme ça. Untel est allé à Cadillac, vous n'en parlez pas.

Infirmière: Si.

M. Psychiatre: Non, non, non.

Infirmière: Il y est resté un mois.

M. Psychiatre: Vous n'en parlez pas dans la lettre, vous ne parlez que de Louis P.; il y en a d'autres qui ont été à Cadillac, Untel, qui ont fait des trucs, et, et... Il y a tout ça, si vous voulez.

Surveillant-chef: Bon, moi, vite fait par rapport à ça. Cette lettre, c'est un petit peu une difficulté dans le fonctionnement que moi je peux avoir par rapport à toi. J'ai comme ça des... deux exemples. Il y en a un qui est très récent; hier tu m'as parlé des vêtements à Françoise, à Maurice; bon, effectivement, j'entends. Je ne pensais pas que tu voulais une réponse, que j'allais changer ça dans la minute, que j'allais régler le problème dans la minute.

Infirmière: Non.

Surveillant-chef: Non, je ne crois pas. Et quel est l'objectif de réinscrire tout ça sur le cahier après ?

Infirmière: Eh bien, dans la mesure où...

Surveillant-chef: C'est le même processus que de prévenir le directeur, tu ne crois pas ?

Infirmière: Non. Je veux dire, c'est pour que cela soit fait, c'est tout. S'il y a quelque chose qui manque...

Surveillant-chef: Quel est ton objectif quand tu le mets sur le cahier de rapport?

Infirmière: Eh bien, c'est adressé à tout le monde.

Surveillant-chef: A tout le monde ?

M. Psychiatre: C'est pas le surveillant qui va acheter des slips, c'est pas tout le monde qui va acheter des slips. Je ne sais pas.

Surveillant-chef: Comme si ça n'allait pas se faire! Moi j'ai senti ça aussi le matin; tu m'en parles et tout ça, je veux dire que je n'en fais pas abstraction, j'étais bien décidé à... Mais est-ce la meilleure stratégie de remarquer ça sur le cahier de rapport ? Je me demande.

Infirmière: Je ne sais pas, moi; il y a le cahier de rapport où on met les consignes; pour moi, ça faisait partie des consignes à mettre.

Surveillant-chef: Mouais..., je ne l'ai pas senti tout à fait comme ça.

M. Psychiatre: Bon, c'est le problème du surveillant-chef, mais c'est vrai qu'il y a des problèmes...

Surveillant-chef: L'autre problème que j'aimerais bien, heu, si, ce fonctionnement un petit peu à l'écart comme disait M. Psychiatre, et qui suppose qu'on puisse en parler et puis que ça ne se passe pas comme ça. Bon, moi j'ai pas de, pas vraiment de preuve par rapport à ça, mais je me pose des questions, c'est par rapport à Z. Elle s'est enclenchée, avec toute sa pathologie en ce moment, par rapport à son problème de viol et tout ça, elle a écrit à une association de défense des malades. L'adresse, c'est vous qui la lui auriez donnée³⁹.

39. La personne évoquée est une jeune hospitalisée de dix-huit ans, dont l'infirmière ici présente est référente, qui s'est retrouvée en H.P. après avoir été abandonnée par ses parents à l'âge de douze ans. Dans un des établissements qu'elle a fréquentés, elle a subi, à l'âge de quatorze ans, des violences quotidiennes de la part d'un garçon hospitalisé dans le même service qu'elle, et ceci pendant un an, dans l'indifférence du personnel qui ne voulait pas la croire quand elle s'en plaignait. Après qu'elle ait été violée par ce garçon, celui-ci a alors été changé de service. Depuis elle a toujours eu l'intention d'engager des poursuites contre cet hôpital.

En revanche, la réticence du surveillant-chef et du médecin était justifiée: l'association en question était le Groupe Information Asiles (G.I.A.), dont j'avais trouvé la référence dans le livre de Philippe Bernardet, « Les dossiers noirs de l'enfermement psychiatrique ». La patiente a écrit au GIA et a reçu une réponse manuscrite dans laquelle l'auteur de la lettre lui demandait de l'argent pour assurer sa défense future. Bien évidemment elle n'a pas donné suite, mais s'en est ouverte à son médecin référent. Je n'en avais pas entendu parler, jusqu'à cette évaluation.

Infirmière: C'est moi qui la lui ai donnée, oui, absolument.

Surveillant-chef: Est-ce que ça ne suppose pas avant de s'engager dans quelque chose comme ça dans, je ne sais pas, moi, peut-être un travail en équipe, des discussions avec les référents ou avec le médecin qui s'occupe de cette patiente, enfin, c'est ça parce que c'est quand même grave, dans sa pathologie, est-ce que c'est bon pour elle qu'elle s'engage dans ce travail ? C'est tout. Faut au moins se poser cette question avant de pouvoir aller dans ce sens-là.

Infirmière: Je te dirais que je la lui ai donnée parce qu'elle avait ce problème-là qui la tracassait depuis quelques années, et puis elle avait envie de faire quelque chose par elle-même, et c'est pour ça que je la lui ai donnée. Et puis voilà. Je pense que ça fait...

M. Psychiatre: Oui, mais vous vous rappelez que vous vous occupiez d'une malade au premier étage et que le médecin de cet étage vous a interdit de vous occuper de cette malade parce que vous étiez pathogène pour elle; c'est clair, il me l'a dit, il me l'a expliqué, je n'ai pas de raison de ne pas le croire⁴⁰. On peut quelquefois être très nocif pour un malade en croyant lui rendre service parce que ça, c'est un autre problème aussi, c'est quelque chose qui aurait pu... Alors je ne vois pas comment l'expliquer dans l'évaluation, c'est un problème que moi j'ai toujours eu avec vous, et pas qu'avec vous, des éléments, des gens formés ici un peu donc, je peux aussi m'en rendre coupable puisque j'ai participé à la formation des gens ici, c'est une façon évidente de nier la maladie mentale et de vouloir normaliser les gens, et quelque chose qu'on peut dire tout à fait normal à quelqu'un pour respecter ses droits, ses "droits de l'Homme", et je respecte quand même les malades, à un malade, cette chose-là peut être pathogène; vous n'avez aucune notion de ces choses-là, vous normalisez et ce n'est pas en souhaitant que les malades soient normaux qu'ils ne vont plus être malades; ça serait bien, je comprends un petit peu ce qu'il y a au fond de vous, effectivement, c'est pas en faisant..., je reviens à la lettre, c'est pas en disant "Louis, on va te faire taper à la machine, tu vas aller bien", au point où il en est de la schizophrénie, je regrette beaucoup qu'il soit descendu à ce point-là, il aura beau taper à la machine pendant des heures chaque jour, il ne sortira pas de sa schizophrénie et il ne va pas être plus heureux pour autant. Je ne sais pas, si j'avais la solution, je l'appliquerais, mais je crois que là, vous vivez dans une illusion, vous niez la maladie mentale. Vous n'êtes pas la seule à faire ça et ça, c'est un peu un défaut du centre de formation d'ici que certains ont eu.

Infirmière: Vous avez prononcé le mot "nocivité"...

M. Psychiatre: Pour Z c'est évident que...

40. Il fait allusion à une hospitalisée en placement libre dont l'infirmière s'occupait dans le cadre d'une école et d'un journal de l'établissement, qui avait été enfermée quinze jours en chambre de force. L'infirmière avait été alors éconduite de ce service après avoir fait paraître dans le journal un article sur la charte des droits du malade hospitalisé, charte qui doit officiellement être communiquée à chaque soigné, mais qui était alors absente dans l'établissement; la jeune fille en question avait alors fait référence à cette charte pour protester contre son enfermement, ce qui n'avait pas eu l'heur de plaire à son médecin; celui-ci avait alors décrété qu'elle "remettait l'institution en question" et que l'infirmière était "pathogène".

Surveillant-chef: C'est pas évident que c'est de la nocivité, mais ça peut l'être.

Infirmière: Sur quel fait vous vous basez pour dire ça ?

M. Psychiatre: Je ne me base sur aucun fait, je vous dis que...

Infirmière: Non mais, parce que la question, c'est: est-ce que je... Vous me dites que je peux avoir des comportements nocifs avec les malades, je suis toute prête à l'entendre, mais sur quels faits ? Est-ce que ça peut, ou est-ce que ça l'est ?

Surveillant-chef: On peut jouer là-dessus. Ça peut être nocif. Non, mais simplement sur la forme, de l'engager, c'est quelque chose dans sa vie, qui est astreignant, c'est quelque chose de très, très important. Donc ça suppose, avant de décider de lui donner cette adresse et puis, disons, de favoriser cette démarche de sa part, ça suppose qu'il y ait eu discussion avec l'équipe, avec les référents, avec le médecin. Si ça n'est pas fait, si on prend ça de sa propre initiative en pensant que c'est bien pour le malade sans en discuter, ça peut effectivement être nocif.

M. Psychiatre: Voilà, absolument!

Infirmière: Mais enfin...

M. Psychiatre: Vous n'avez pas assez... tous les éléments.

Infirmière: Vous avez tout à fait le droit de penser ce que vous voulez...

M. Psychiatre: Oh, non, non, non! Mais ça suffit avec ça, vous avez le droit de penser...

Infirmière: Eh bien oui, je ne vais pas me lancer dans une polémique là-dessus...

M. Psychiatre: Je crois aussi qu'on a une expérience, je crois que pour Z, je pense que vous ne connaissez pas suffisamment sa vie; moi non plus, je ne la connais pas. C'est le docteur Unetelle qui s'en occupe, pour pouvoir juger du bien-fondé de lui donner cette adresse. Voilà, c'est tout, et ça, par contre, je suis sûr de ce que je dis. Je le dis souvent, je ne détiens pas la vérité absolue, je peux me tromper, je ne crois pas, contrairement à vous, je ne crois pas être le meilleur, heu, je me pose des questions. Pour Z, c'est une fille extrêmement compliquée par ses relations avec ses frères, ses sœurs et tout ça⁴¹, vous ne connaissez pas, vous ne connaissez pas suffisamment pour savoir si votre geste était anodin, ça c'est clair. Je ne dis pas que vous êtes nocive, mais votre geste peut ne pas être anodin et c'est pas la seule fois que vous faites des choses comme ça. L'exemple que j'ai pris aussi, c'était la malade du premier que je ne connais pas du tout, j'en sais ce que son médecin m'en a dit... Pour lui, c'était horrible, j'aurais dû vous virer du service, je ne sais pas ce que vous avez fait avec elle, mais c'était, heu, je ne sais pas, vous étiez anti-thérapeutique avec elle; je vous répète, hein, les propos d'un autre, donc je ne m'engage pas. Je prenais cet exemple pour... parce que je l'ai dit aussi tout à l'heure à votre mari, ça, vous disiez, la petite école, si on est resté tous les deux, c'est que les autres ne sont pas bons. Infirmière: Certainement pas, monsieur, on n'a jamais dit ça....

41. En fait, Z a un frère et une sœur qu'elle n'a pas revus depuis son départ du domicile familial et avec qui elle tente, à l'époque où se déroule cet entretien, de reprendre le contact par lettre.

M. Psychiatre: Je résume, je caricature, et c'est pas possible de penser comme ça dans notre métier, si on ne se remet pas en cause, on ne peut pas avancer; or, je crois que vous ne le faites pas, ni l'un ni l'autre, mais enfin, bon.

Surveillant-chef: Ceci dit, ça ne remet pas, par rapport à ce que dit M. Psychiatre, ce qui s'est fait à la petite école, moi je trouve que ce qui s'y est fait...

M. Psychiatre: Ah non, c'était bien...

Surveillant-chef: Voilà, c'est clair, mais pourquoi ça s'est arrêté ?

M. Psychiatre: C'est la question que j'ai posée, vous vous êtes retrouvés tous les deux à la petite école et quand vous vous êtes retrouvés tous les deux... qu'est-ce que vous avez comme explication au fait que vous vous êtes retrouvés tous les deux?

Infirmière: Eh bien au niveau de l'étage même, effectivement, on était tous les deux. Il y a eu en plus l'assistant social qui est intervenu un certain nombre de fois. Mais effectivement, au niveau des collègues, les collègues, il y en avait qui avaient l'activité piscine, d'autres qui avaient l'activité cheval, auxquelles nous, on ne participait pas. Bon, on a monté ça (*l'école et le journal*) et puis chacun avait son activité, ça ne posait pas de problème au niveau des collègues avec qui je travaillais. Par contre, ça semblait en poser beaucoup parmi un certain nombre de gens qui ne travaillaient pas, jamais, avec moi. Alors, ceci dit, je ne sais pas ce qui leur posait problème là-dedans. Mais en général, les jugements qui ont été émis au sujet de la petite école sont toujours..., ont toujours été émis par des gens qui n'y avaient jamais mis les pieds, alors j'ai trouvé ça un peu curieux. Au premier étage, il y a eu quand même pas mal de gens. Bon, c'était un groupe inter-secteur et ça n'aurait jamais pu tenir le coup trois ans si on n'avait été que tous les deux. Ça a duré trois ans, et je pense que si ça a duré trois ans, c'est que les gens qui y ont participé l'ont fait marcher, c'est tout.

M. Psychiatre: Effectivement les gens qui en parlaient étaient des gens qui n'étaient pas au courant. Là je comprends, je vous comprends, c'est un petit truc. Je vous dis ça parce que le moment de l'évaluation comme ça c'est pour vous permettre éventuellement d'une part de nous dire ce que vous avez à nous dire et éventuellement de vous remettre en cause. C'est pour ça que ce n'est pas du tout agressif ce que je dis, mais il y a des choses sur lesquelles vous devez réfléchir, peut-être vous remettre un petit peu en cause d'une certaine façon, c'est tout. C'est le but, sinon, mettre des notes, ça ne m'intéresse pas, on n'est plus à l'école, j'ai toujours été contre la note mais autant l'utiliser dans un but... Voilà, parce que malheureusement on n'a pas l'occasion de parler comme ça assez souvent, qu'on puisse se voir, qu'on puisse voir chaque infirmier du service, au moins prendre une heure et demie pour essayer de faire le point. Vous n'êtes pas les seuls, on a vu tout le monde, pas tout le monde, on a vu pas mal de gens quand même et certains..

Infirmière: Je suis un peu étonnée de votre réaction par rapport à la lettre parce que ce n'était pas la première que j'adressais au directeur, j'en avais déjà envoyé...

M. Psychiatre: Je sais qu'avec le directeur, vous preniez rendez-vous avec lui, il me le racontait, le directeur, tout ça je le sais, les relations que vous aviez avec lui, mais ça ne me gênait pas, par contre, celle-là, le contenu...

Surveillant-chef: Disons que le contenu ne le choquait sans doute pas, l'autre, ça l'a...

M. Psychiatre: Parce que, bon, c'était le directeur; après, ce que sont devenues ces relations plus ou moins amicales que vous avez eu au début avec lui, mais quand, donc, il m'a appelé par rapport à cette lettre qu'il a reçue, c'était pour me demander si je voulais prendre des sanctions contre vous, ça a été clair et net, c'est tout. Il ne s'est pas posé des questions une seule seconde sur le... sur ce qu'il y avait dedans, parce qu'il a trouvé le procédé un peu gros et le contenu, un peu aussi discutable. Les autres lettres, non, je sais qu'il y en a eu d'autres. Bon.

Surveillant-chef: Bon, quand on se réunit comme ça, en général on essaie de parler pas seulement de l'évaluation de la personne qui est là; on parle, bon, d'autres sujets que la personne présente a envie de soulever.

Infirmière: Vous avez émis... vous avez surtout parlé de points négatifs. Est-ce qu'il y a des côtés positifs ?

Surveillant-chef: On a parlé de points positifs ?

M. Psychiatre: On en a parlé.

Infirmière: Que j'avais le sens de l'observation.

Surveillant-chef: Déjà.

Infirmière: Vous avez dit que vous n'aviez rien à me reprocher dans le travail.

M. Psychiatre: Votre efficacité dans le travail, alors là, par contre, c'est tout à fait bon. La petite école, c'était bien de prendre des initiatives; il ne faut pas couper les initiatives des gens, bien au contraire. Je veux parler non pas de la forme, ça c'est les points positifs; c'est vrai que je ne les ai pas dits, mais il y en a tout plein, des points positifs. Mais dans ces points positifs, bon, j'avais retenu le point négatif qui était le fait que tous les deux vous avez le problème d'être toujours en couple. J'ai dit à votre mari sur le couple aussi parce qu'on a déjà parlé de ça une fois tous les quatre...

Infirmière: Remarquez, ça ne me dérange pas, j'en entends parler depuis l'école. Depuis l'école, je suis blindée.

M. Psychiatre: Ce que je veux dire aussi, c'est que là, il y a un peu une... faut que je vous le dise à vous aussi, que si votre mari vous le répète qu'il n'y ait pas d'interprétation entre vous sur ce que j'ai dit par rapport à ça. C'est vrai qu'au début, il y avait le problème du directeur de l'école qui séparait les couples, qui ne supportait pas trop les couples qui s'entendaient bien; bon, il y a eu lui, peut-être d'autres, mais là-dessus, il a été... Je me suis accroché avec lui, hein ! Alors est-ce que ça date de cette époque-là ?

Infirmière: Il ne nous a pas posé de problème à ce niveau-là.

M. Psychiatre: Non, non, vous vous entendiez bien avec lui apparemment, mais lui il faisait tout pour essayer aussi de couper tous les couples. Il ne vous en a peut-être pas posés, mais c'était un de ses problèmes. Je pense que j'ai entendu dire, je ne pourrais pas vous dire par qui, si c'est par d'autres infirmiers ou si c'est par des

surveillants, enfin par des gens de l'institution, que si, justement on ne vous mettait pas à des horaires différents, c'est parce que c'est moi qui avais donné cet ordre-là et que vous étiez mes petits protégés, ça c'est un des bruits de couloir de la maison...

Infirmière: Si on commence à s'arrêter aux bruits de couloir...

M. Psychiatre: Non, mais ça devient sérieux, parce qu'à la limite, c'est tellement depuis des années dans la tête des gens que les surveillants ne vous demandent même plus de travailler à des horaires différents quand ça le nécessite, ce qui est grave. C'est quelque chose que je voulais remettre en place. Vous n'êtes pour moi ni meilleurs, ni pires que les autres, même, à la limite, plus consciencieux que d'autres au niveau du boulot, il ne s'agit pas de faire une échelle, c'est pas ce que je veux dire, mais à ce niveau-là, il y a plein de points positifs. Mais c'est vrai que dans une évaluation, on devrait faire ressortir les deux et que ça faisait longtemps que je ne vous avais pas parlé; il y a des points négatifs qui me paraissent forts et il fallait vous le dire.

Surveillant-chef: Bon, les points positifs, ils sont... dans l'autre appréciation d'avant, j'avais mis des points positifs, bon; l'investissement et tout ça, ça c'est clair, mais, heu, bon, ce point négatif, il... C'est vrai que c'est sans doute un petit point négatif par exemple ce problème d'horaires, ça remet en cause quand même toute l'institution...

M. Psychiatre: Ça a des conséquences sur toute l'institution, sur les relations entre infirmiers, c'est beaucoup plus important que vous ne le pensez.

Surveillant-chef: Ceci dit, je n'ai jamais dit que globalement, c'était négatif.

M. Psychiatre: C'est à cause de l'institution, ces horaires-là, que c'est... et à cause de la réforme de 87, de la restructuration. Les horaires ont été différents et puis la dernière restructuration d'horaires, c'est vrai que ça finit par... ce ne sera plus possible de vous faire travailler aux mêmes horaires, voilà. Ça c'est clair aussi, hein ? C'est une des choses qu'on a dites à votre mari et qu'on voulait vous dire, heu... Parce que moi, je n'ai rien contre non plus, je ne vous protège pas et je ne tiens pas du tout à ce que vous soyez toujours ensemble, mais j'ai toujours laissé comme consigne par contre aux surveillants, si c'est possible, de vous mettre aux mêmes horaires; bon, on le fait. Mais ça n'a jamais été une priorité, ça n'est pas possible que ça en soit une; alors dans une petite institution, maintenant avec toutes les unités de soin qu'on a, je crois que ça ne sera plus possible quand vous ne ferez plus les nuits. Voilà, ça aussi, c'est dit.

Surveillant-chef: On a confirmé aussi que ce sera sans doute en mars, c'est pratiquement acquis.

M. Psychiatre: Oui, ça vous laisse le temps de voir.

Surveillant-chef: Tu souhaites ajouter quelque chose ? Faut en profiter.

Infirmière: Moi, je trouve que depuis 87, je n'ai pas le sentiment qu'il y ait eu une grosse, grosse, amélioration au niveau de la prise en charge des malades. Je pense qu'il y a une baisse du niveau, globale.

Surveillant-chef: C'est quoi, ça ?

Infirmière: Une baisse de... une baisse de la relation, de la qualité de relation, une baisse de la qualité des soins. Je ne sais pas à quoi c'est dû. Une baisse du niveau de réflexion par rapport aux malades, une baisse de l'implication des gens. Bon, je le ressens comme ça.

Surveillant-chef: Dans le service où tu travailles ?

M. Psychiatre: Oui, oui, vous ne parlez que de ce service.

Infirmière: Oui, mais, heu...

M. Psychiatre: Je crois que ça correspond à une réalité. Ça, c'est certain, vous avez bien vu les choses. Bon, les causes, on ne va pas trouver les causes comme ça.

Infirmière: Oui, c'est sûr qu'il y en a sûrement plein.

M. Psychiatre: Il y a plein de causes, il y a plein de causes, mais je crois que dans l'ensemble, c'est vrai.

Surveillant-chef: Oui, moi je pense qu'il y a une baisse d'implication, effectivement, de personnalité et tout ça. C'est évident. Le niveau de réflexion, peut-être pas.

M. Psychiatre: Oui, ça c'est peut-être...

Surveillant-chef: La qualité de relation, il y a sûrement une baisse aussi. Par contre dans le sens que ça... au niveau structurel, j'ai proposé toutes sortes d'activités thérapeutiques qui sont peut-être mal reprises, tout ça, mais qu'on propose et qui n'existaient sans doute pas avant. Ça, ça a des côtés positifs qu'il faut noter aussi dans ce service.

Infirmière: Oui, il y a une chose aussi que je voulais dire, c'est qu'étant donné que je travaille de nuit la plupart du temps, je ne suis pas à même de...

Surveillant-chef: La qualité de relation, il y a sûrement une baisse aussi. Par contre dans le sens que ça... au niveau relationnel, sûrement ça... je crois que c'est tous les changements qu'on a pu avancer...

M. Psychiatre: Ça a trop tourné.

Surveillant-chef: Je crois qu'il faudra reprendre les choses, j'espère qu'on va avoir un peu de...

Infirmière: C'est-à-dire que je pense que...

Surveillant-chef: Dans le service où tu travailles, moi je pense. Parce que dans certaines structures, moi je constate le contraire.

Infirmière: Oui, ça, moi je ne peux pas...

Surveillant-chef: Mais dans ce service, sûrement.

Infirmière: Il y a aussi une chose qui doit rentrer en ligne de compte dans ma façon de voir les choses, c'est le fait que j'aie été formée ici et qu'on avait,

comparativement à beaucoup d'autres hôpitaux, une bonne école et je pense qu'on a eu aussi plein de données que n'ont pas forcément eu d'autres infirmiers dans leur centre de formation, et c'est peut-être aussi pour ça qu'on a eu une image du travail qui était peut-être supérieure à celle que beaucoup d'autres ont eu, et je pense que ça peut entraîner...

M. Psychiatre: Oui, mais avec des défauts comme je disais tout à l'heure, c'est-à-dire le fait, parce qu'il n'y a pas que vous, je pourrais citer des noms, Unetelle, par exemple, à un moment, qui avait tendance à nier la maladie. Il y a des trucs, hein, là, des formateurs qu'il y a eu ici, j'en faisais partie, donc, heu, ce que j'ai dit dans les cours, c'est vrai que ce n'était pas parfait, mais c'était mieux que d'autres centres de formation; il y en a sûrement qui étaient mieux. Par contre ce n'est pas très bon de ne pas avoir connu autre chose. Mais ça n'était pas mal parce que... c'est assez curieux, on se dit finalement, bon, ça n'est pas parfait, mais ça n'est pas mal, ce qu'on fait.

Infirmière: C'est une chose sur laquelle vous revenez souvent, quand vous dites que je nie la maladie...

M. Psychiatre: Pas seulement vous...

Infirmière: Si vous voulez, là où je peux, je peux peut-être essayer d'expliquer la façon dont je le vois. C'est-à-dire que je pense que les gens qui sont ici sont malades, mais je n'ai pas de la maladie une vision fixée...

M. Psychiatre: Bien sûr.

Infirmière: Et je pense que la maladie n'est pas quelque chose d'éternel, ce n'est pas inhérent à la personne qui arrive ici hospitalisée et je pense que dans la mesure où on a des moyens de sortir les gens de leur malheur, parce qu'il faut bien dire que..., eh bien, je pense qu'il est de mon devoir de faire tout ce que je peux pour le faire.

M. Psychiatre: Oui, mais je vous dis, j'ai participé à la formation et considérer les malades mentaux comme des gens normaux, c'est aussi une façon de les guérir, mais quand je dis "nier la maladie", c'est qu'il y a quand même des nuances; il me semble que les gens, et pas seulement vous, n'ont peut-être pas toujours intégré, je ne veux pas dire que vous n'avez pas compris, attention, je me méfie de ce que je dis, mais, heu, bon, ce n'est pas facile à expliquer. Bon, je reprends l'exemple, je ne sais pas si vous avez été dans le service A ?

Infirmière: Oui.

M. Psychiatre: Je repense, mais là, plus à Unetelle, vous voyez, ce n'est pas à vous, quand on parlait de B (*un hospitalisé*), "Ah! lui, il ne sort pas travailler, qu'est-ce que c'est que ce fainéant!". Mais B, c'est un grand malade et quand..., bon, il faut des années, il va déjà mieux, il est à l'appartement⁴² et je pense que si un jour on l'insère, mais bon, le temps passe et puis, quand on l'insérera, ce sera peut-être dans une maison de retraite qu'il sera inséré, mais ça peut être pour lui la normalisation, hein ? Mais c'est un grand malade qui a des hallucinations; tout à coup il se retourne parce qu'il entend parler derrière lui, et ça, il y a des infirmiers du

42 Il s'agit d'un appartement thérapeutique en ville acheté par l'hôpital pour y louer des chambres à des hospitalisés après leur hospitalisation.

service A qui ne l'admettaient pas; il fallait que dans les six mois on fasse sortir B parce que c'était un fainéant qui à cet âge-là touchait une pension. Il y a une notion de temps aussi dans la maladie. Si vous voulez, c'est peut-être un défaut de jeunesse, quand je dis "nier la maladie", c'est un petit peu ça.

Infirmière: Il y a une chose que j'aurais envie de dire par rapport au travail qui se fait, je trouve que les malades ne sont pas assez consultés pour les ... décisions qui les concernent.

M. Psychiatre: Comment ?

Infirmière: Eh bien, par exemple, reprenons, ça peut être le cas d'une activité, ça peut être le cas de... ils ne sont pas assez partie intégrante des décisions qui sont prises.

Surveillant-chef: Oui, c'est exact, mais il faut faire attention aussi, là, ça va dans le sens de ce que disait M. Psychiatre, il y a..., il faut leur demander leur avis, il ne faut pas considérer qu'ils n'existent pas effectivement, mais il ne faut pas nier leur maladie aussi, je veux dire qu'il y a un tas de personnes qui...

Infirmière: Ce n'est pas la même chose, ce n'est pas le problème...

Surveillant-chef: Non, mais la psychose est là quand même, il ne faudrait pas l'oublier, quand tu parlais des problèmes de désir et tout ça, je crois qu'il faut que le soignant, il ait un peu de désirs aussi, même pour le patient, s'il veut arriver à travailler avec la psychose. Autrement, s'il n'a pas de désir à sa place, il ne peut rien faire. Parce que le psychotique se renferme dans son délire. Donc c'est une des difficultés de la consultation de la personne par rapport à ça.

M. Psychiatre: On a fait ça dans l'institution, on faisait des réunions de malades...

Infirmière: Oui, c'était bien, ça.

Surveillant-chef: On institue des groupes de parole.

M. Psychiatre: Au bout de quelques temps, ils n'arrivent plus à faire des menus, ils n'ont pas de désir par rapport aux menus.

Infirmière: Oui, mais le menu, bon, le menu...

M. Psychiatre: Hé oui, mais c'est l'exemple, c'est un exemple, heu...

Infirmière: Moi je parle des décisions importantes pour eux, je parle des trucs vitaux.

Surveillant: Des sorties par exemple ?

Infirmière: Les sorties, oui, heu, c'est vrai, là, c'est sûr que...

M. Psychiatre: Je ne vois pas ce qui vous fait rire comme ça, entre la différence entre le plaisir qu'on prend à prendre un bon menu, un bon repas, et puis le plaisir de sortir une journée, ça ne me paraît pas, le menu ne me paraît pas si peu important que ça, dans le sens de l'oralité, surtout chez les malades mentaux et chez les autres aussi, et ça me paraît quelque chose...

Infirmière: C'est sûr...

M. Psychiatre: Et à ce niveau-là, le désir disparaissait quand on les laissait seuls sans insuffler quelque chose. Bon, ça, c'est un exemple.

Infirmière: Oui, absolument.

M. Psychiatre: On l'a fait, ça, dans l'établissement, et puis à un moment aussi, on a fait n'importe quoi; j'ai vu, des fois, bon alors, il y a une sortie, eh bien on va mettre Untel et Untel parce qu'il fallait combler, on collait les gens au hasard, c'était une connerie. Je crois quand même que les gens qui organisent les sorties, des choses comme ça, demandent peut-être moins l'avis aux malades, mais tiennent davantage compte de leur pathologie et du groupe qu'ils vont former en faisant la sortie. En tout cas, ça devrait se faire, c'est comme ça que ça devrait se faire.

Surveillant-chef: Oh, l'avis, moi, c'est vrai qu'il est stimulant pour eux, bon, non ?

Infirmière: Oui. Mais je pense que c'est important de pouvoir... peut-être qu'il y a aussi le mode de relation qui manque là. Parce que c'est important de pouvoir dire à quelqu'un: "Tiens, écoute, voilà, il y a cette opportunité-là", par exemple, on pourrait faire des réunions, et puis dire: "Voilà ce qu'on vous propose. De quoi avez-vous envie ?"

Surveillant-chef: Non, mais le problème, ça s'est fait, mais le problème, c'est d'essayer de faire participer déjà les patients, bon, ça, c'est une difficulté, mais ça s'est fait. Je veux dire qu'il y a des réunions dans l'institution qui permettent ça, les réunions du centre social ⁴³, le lundi après-midi, c'était ça, c'est ça. Le lundi matin, il y a une réunion du personnel, bon, elle n'est pas assez investie par le personnel, je suis d'accord, c'est dommage.

Infirmière: Je ne peux pas parler de ce qui se passe aux réunions du centre social...

Surveillant-chef: Non, mais je te dis, cet exemple est facile. Eh bien au bout du compte, la réunion a eu lieu avec les patients, elle a été préparée normalement avec le personnel d'abord. Bon, on fait des propositions, mais c'est vrai qu'à partir de maintenant on fait descendre certaines personnes et on a déjà prévu tout pour eux parce qu'on sait qu'on leur permet cette expression; si cette expression ne vient pas, je crois qu'il faut faire un peu pour eux.

Infirmière: Oui ? Ce n'est pas évident qu'autrement il ne se passe rien, parce qu'en prenant l'exemple de la petite école, on n'a jamais rien décidé sans prendre l'avis des gens et ça marchait; et il n'y a jamais eu dans toute l'institution...

Surveillant-chef: Je te parle pour certains patients. Dans toute l'institution, vous n'avez pas pris en charge tous les patients, quand même !

Infirmière: Non, on n'a pris que les gens qui étaient volontaires.

Surveillant-chef: Oui, voilà, bon. Oui, non, non, mais, bon, c'est déjà le... c'est important, c'est aussi un privilège que de prendre que des gens volontaires, déjà. C'est bien d'avoir cette possibilité, mais je veux dire que la structure en tant que telle du service X ou du centre social, elle doit essayer de prendre en compte la plupart des patients.

43. Centre social: nom du service consacré aux activités, interne à l'établissement.

Infirmière: Oui, c'est sûr.

Surveillant-chef: On n'a pas à tenir compte de ceux qui sont volontaires et de ceux qui ne sont pas volontaires. Et on a quand même constaté que si on s'intéresse qu'à ceux qui sont volontaires, les psychotiques, ils vont se retrouver dans leur lit. Il y a un groupe de parole tous les mercredis aussi...

M. Psychiatre: Oui, oui, il y a des choses, mais c'est vrai que la nuit vous ne voyez peut-être pas trop...

Surveillant-chef: Dans le groupe parole aussi, c'est une difficulté de les envoyer parler.

Infirmière: Oui, parce que j'y ai participé, au groupe de parole, avant d'être de nuit, fallait souvent traîner les gens, effectivement, pour y aller.

Surveillant-chef: C'est une difficulté, quand même, pour eux, non ?

Infirmière: Oui, c'était... enfin, bon.

M. Psychiatre: Voilà. Bon, il y a plein de choses d'autre à dire, mais il faut savoir se limiter, donc moi, je n'ai plus rien à vous dire.

Infirmière: Bon. Eh bien je vais vous laisser.

M. Psychiatre: D'accord, au revoir.

Infirmière: Bonne soirée.

Lettre au Comité National Consultatif d'Éthique

Mercredi 13 novembre 1991

Monsieur le Professeur X ,
Hôpital Y ,
75000 - PARIS

Monsieur le Professeur,

En choisissant de faire appel à vous, c'est au membre de la communauté scientifique et du Comité National Consultatif d'Éthique que je m'adresse.

Je suis infirmière de secteur psychiatrique, j'ai trente-neuf ans et j'ai exercé mon métier durant quinze ans à l'hôpital de T., dans le département X, avant de le quitter en mars dernier, celui-ci ne m'apparaissant plus compatible avec les critères de respect de la personne humaine, le respect de la connaissance, sur lesquels repose notre fonction de soignants, le respect du service public que je suis tenue d'observer en tant que fonctionnaire et le respect des bases de notre constitution, de la démocratie, inhérent au fait d'être un citoyen de ce pays.

Cette lettre a pour but d'attirer l'attention sur le sort d'un garçon de trente-six ans du nom de Louis P., un patient hospitalisé depuis douze ans. Ce garçon est interné depuis le 6 juillet 1990 dans une unité pour malades difficile, au service M. l'hôpital de Cadillac sur Garonne, qui est à la fois un hôpital psychiatrique et un lieu de détention. Il y a été envoyé après une brève altercation avec deux autres hospitalisés qu'il a gratifiés chacun d'un coup de poing, altercation qui a eu lieu 2 mois avant son transfert à Cadillac, et suite à laquelle il a été enfermé durant 13 jours. Sa présence à l'U.M.D. n'est pas due à des actes de sa part d'une dangerosité de nature à justifier sa présence dans un tel lieu, mais au fait qu'il a cristallisé autour de sa personne un rejet de la part de membres de l'institution dont il est devenu, en douze ans, l'image vivante de l'échec et le bouc émissaire. Les raisons avancées pour son transfert à Cadillac ont consisté en un ensemble de prétextes, de sophismes, injustifiables non seulement au regard des faits mais également au regard même de l'intéressé, puisque ce transfert, dont il n'a été avisé que la veille de son départ, lui a été présenté comme un "séjour de rupture" d'une durée de trois semaines, censé lui permettre de faire la coupure avec le service où il était hospitalisé et prélude à la mise en place d'un projet thérapeutique le concernant.

Louis P. avait été envoyé déjà deux fois à Cadillac; d'abord en 1986 où il y était resté onze mois puis en 1988, pour 8 mois, toujours dans des circonstances similaires. Il a donc, au moment où j'écris cette lettre, passé 33 mois en détention, sans avoir été jugé ni condamné, sans la moindre possibilité de recours, sans même comprendre les raisons de ces internements et sans aucun élément d'information sur la durée de ceux-ci, autrement dit dans l'arbitraire le plus total. Il ne dispose d'aucun

appui à l'extérieur si ce n'est le mien, sa mère qui était la seule personne de sa famille à se manifester régulièrement à lui, étant décédée il y a quelques mois.

J'ai tenté d'intervenir en sa faveur dans le cadre de ma fonction d'infirmière, mais après avoir épuisé l'ensemble des moyens à ma disposition et m'être adressée aux divers échelons de la pyramide, j'ai été confrontée au fait que tout ce que je pouvais dire ou faire à l'intérieur de l'institution ne servirait strictement à rien, et que la valeur des paroles et des actes d'un infirmier est proportionnelle à celle de son statut, celui d'un exécutant, ce qui revient à dire qu'elle est à peu près nulle.

J'ai envoyé l'an dernier un dossier au Président de la République, dossier qui a atterri dans les services de Monsieur Evin, lequel n'a pas jugé bon de donner suite. En conclusion, je constate qu'il existe encore en 1991 des conditions de détention censées révolues depuis 1789, en complète contradiction avec les articles de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, c'est-à-dire totalement inconstitutionnelles, conditions cautionnées et entretenues par des membres de la santé publique.

En conséquence, Louis P., en tant que citoyen français, dispose de droits garantis par la constitution, mais il n'a en réalité aucun pouvoir de les faire respecter.

Notre pays s'enorgueillit du texte de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et des principes de sa constitution, liberté, égalité et fraternité, principes qui représentent les valeurs de la démocratie.

Qu'entend-on par "valeur" exactement ? On pourrait définir le terme comme le produit d'une évaluation effectuée par une structure nerveuse humaine, qui n'existe que dans la mesure où cette structure la conçoit. Le terme "valeur" ne désigne pas quelque chose pourvu d'une existence réelle, il s'agit d'une abstraction, d'un symbole. Qu'est-ce qu'un symbole ? "Un symbole est un signe qui représente quelque chose." A. Korzybski.

Si les valeurs de la démocratie et la déclaration des droits de l'homme et du citoyen représentent les droits effectifs des gens du pays, on peut dire que cette déclaration et ces valeurs sont les symboles de la démocratie.

Si les citoyens dudit pays possèdent des droits théoriques qu'ils n'ont aucune possibilité de faire respecter, la déclaration et les valeurs ne s'appliquent alors pas à des gens existant réellement, ils restent l'apanage de l'"Homme" abstrait de la déclaration, ils représentent quelque chose qui n'existent pas en réalité. En conséquence, ce que le texte est censé représenter au niveau des mots n'existant pas dans les faits, il n'est pas représentatif de ce qu'il est censé représenter. Il devient alors un ensemble de mots dépourvu du sens qui lui est attribué, et le terme de démocratie employé pour désigner le pays qui s'en réclame est dénué de légitimité.

En tant qu'infirmière, j'ai été formée et je suis payée avec les deniers des contribuables de ce pays pour amener, autant que faire se peut, les soignés à un état de mieux être et d'autonomie. Je suis aujourd'hui confrontée au fait, à travers le cas de Louis P. mais aussi à travers d'autres, que la structure dans laquelle je travaille ne vise nullement à autonomiser les gens dont les vies lui sont confiées ni à diminuer leur souffrance, mais plutôt à les maintenir dépendants pour justifier à travers eux, sa propre existence.

J'ai tenté durant des années de faire mon travail du mieux que je le pouvais et d'utiliser ma position de soignante pour influencer sur cet état de fait. Après avoir épuisé l'ensemble des moyens à ma disposition et étant confrontée à mon impuissance, considérant que ma présence dans une telle structure ne pouvait plus servir qu'à cautionner ce qui s'y passait, j'ai décidé d'en partir.

Je suis cependant restée en contact avec Louis P. et d'autres hospitalisés, et ceci pour les raisons suivantes:

Si, pour certains administratifs, la valeur des personnes des hospitalisées se mesure en prix de journée apparaissant dans les statistiques, il n'en va pas toujours de même pour les gens qui les soignent. J'ai fait la connaissance de Louis P. alors que j'étais encore élève infirmière à son arrivée à l'hôpital. Il avait alors un niveau intellectuel satisfaisant et de bonnes connaissances en littérature. Il m'a fait découvrir les livres d'un certain nombre d'auteurs américains, dont ceux de William Burroughs. Lors d'un voyage aux États-Unis il y a une dizaine d'années, j'ai rencontré Mr Burroughs et suis par la suite restée en contact avec lui.

Il s'est créé autour de la personne de cet auteur toute une aventure, dont a fait partie l'expérience du groupe B 23, une structure éducative que j'ai mise sur pied à l'hôpital en 1984 en collaboration avec un groupe d'infirmiers et d'hospitalisés, dont faisait partie Louis P.. Cette structure était une expérimentation basée sur plusieurs grilles de pensée complémentaires: la sémantique générale d'Alfred Korzybski, la théorie de l'inhibition de l'action de Henri Laborit, l'analyse transactionnelle d'Eric Berne et les recherches de William Burroughs et de Brion Gysin. Elle s'inspirait également des principes du Comité National d'Éthique qui était une instance officielle reconnue. Elle a fonctionné pendant trois ans, sous la forme d'une école, d'un journal et de moments de vie organisés à l'extérieur. Les résultats de cette expérimentation ont dépassé nos espérances et ont confirmé les hypothèses de base, à savoir qu'il était vraiment possible d'amener les soignés à un état de mieux-être et d'autonomie, non pas en les traitant comme des malades mentaux incurables pour lesquels "il est trop tard pour faire quelque chose", mais en cherchant à répondre à leurs besoins fondamentaux d'êtres humains, en s'inspirant de grilles fiables, et dans le cadre d'une structure similaire à celle de notre organisme.

Cependant, quoique cette expérience ait résulté d'une demande du chef de service, elle s'est heurtée rapidement à des oppositions tous azimuts de la part de la plupart des responsables hiérarchiques à l'intérieur des services. Elle a en fait dû sa poursuite à l'appui dont elle a bénéficié de la part du directeur de l'hôpital en poste à l'époque, monsieur Christian G., sans lequel elle n'aurait jamais pu se durer si longtemps. Toutefois en 1987, elle a cessé à la suite d'une restructuration des services qui a rendu sa poursuite impossible.

Ce qui s'est passé durant ces trois ans me paraît important en cela que nous avons pu démontrer à travers le groupe qu'il est possible à des gens considérés pour certains comme "chroniques" de cesser de se comporter comme des malades mentaux et de se concevoir comme tels, d'abandonner leurs symptômes et d'évoluer favorablement quand ils se trouvent dans un milieu qui répond à leurs besoins. En cela le groupe, c'est-à-dire l'ensemble des gens qui y ont participé, soignants comme soignés, ont démontré qu'ils étaient capables de résoudre un problème moral que la recherche précédente a posé, à savoir celui de l'efficacité des soins. Les soignants se considéraient comme payés pour répondre aux besoins et aux demandes des malades, à leur service en quelque sorte; chacun, soignant comme soigné, mettait

ses connaissances, ses possibilités et ses désirs à la disposition des autres et nous choissions ensemble notre programme en fonction de cela; dans ces conditions, nous n'avons jamais eu le moindre problème et tout se passait très bien.

Nous avons également, dans la mesure où nous expérimentions pratiquement les grilles dont nous nous inspirions, observé leur fiabilité, autrement dit, le fait que les résultats confirmaient les écrits de leurs auteurs, que nous tenions au départ pour des hypothèses. En cela cette expérience me semble également digne d'intérêt.

Dans tout ce qui s'est passé là, Louis P. a eu un rôle important dans la mesure où sans lui, s'il ne m'avait pas fait découvrir les livres d'un certain Burroughs, cette expérience n'aurait sans doute jamais pu avoir lieu sous cette forme. Il en a donc été l'inspirateur, il en est à l'origine, et nous lui en sommes, nous qui l'avons vécue avec lui, dans une certaine mesure redevables.

Les relations que nous avons élaborées dans le groupe étaient de relation d'êtres humains à êtres humains. Elles n'avaient rien à voir avec un quelconque statut hiérarchique. De ce fait, elles ne peuvent se limiter à l'exercice de ma profession et s'interrompre le jour où je cesse de travailler, d'autant plus que si je le faisais, il perdrait le seul appui qui lui reste et le seul lien qui le relie encore à l'extérieur. En résumé, je ne peux absolument pas moralement laisser tomber ce garçon, cette éventualité est totalement hors de question et vous représentez la seule instance qui puisse lui être actuellement d'un quelconque secours.

Le rejet dont il est l'objet à l'hôpital est dû à des raisons implicites, peu verbalisées, si ce n'est pour justifier son internement en dépit de l'absence d'éléments objectifs: ce rejet est lié à l'image qui lui est attribuée, qui est celle d'un schizophrène, homosexuel et ancien drogué, étiquettes auxquelles le discours qu'il émet sur lui-même n'est pas étranger. Avant d'être hospitalisé, au cours des années 70, Louis a vécu une année d'errance durant laquelle il a voyagé et effectué diverses expériences en compagnie d'un garçon avec lequel il vivait. Cette année, en dépit des aventures éprouvantes qu'il a traversées, représente pour lui le seul moment de son existence où il a été heureux, où il avait le sentiment d'être libre et vivant. A l'hôpital, il a perdu au fil des ans la notion du temps, et s'est réfugié dans ses souvenirs, qui sont pour lui la seule chose qui lui reste de cette époque. Pour lutter contre l'oubli, il les transcrit sur des cahiers, en parle aux gens qui l'entourent, et la plupart de ses propos tournent autour de son passé, d'épisodes vécus, des gens qu'il a alors fréquentés. Il en parle spontanément, sans désir de provoquer, sans y voir de mal, pour garder vivante sa mémoire du temps où il avait le sentiment d'exister. Ce refuge est le seul moyen qui lui permette de vivre, d'échapper à une situation insupportable. Mais le fait est que les sujets qu'il évoque sont souvent liés à des tabous de notre socioculture et provoquent un malaise et des réactions de défense, d'incompréhension chez bon nombre de ses interlocuteurs. L'ensemble de son discours est alors interprété en termes de pathologie et négativisé en bloc. L'image qui lui est renvoyée de lui-même est celle d'un garçon délirant, incompréhensible, dont "on ne sait pas ce qu'il pourrait faire", raisonnement censé justifier ses détentions diverses, à Cadillac ou en chambre de force. Les raisons de son exclusion reposent ainsi pour une grande part sur un ensemble de préjugés, de fantasmes, de réactions inconscientes émanant des gens qui le rejettent; le fait est que les différentes étiquettes qu'il porte correspondent à des pathologies de la nosographie psychiatrique, qui le classent comme psychotique, pervers et ancien toxicomane.

Cette nosographie repose sur la grille freudienne élaborée à la fin du XIX^{ème} siècle. Cette grille est basée sur des conceptions, des critères, qui correspondaient alors au mode de pensée en vigueur, critères liés au contexte socioculturel de

l'époque et à la vision que Freud s'est forgé de la pathologie mentale à travers sa clientèle, qui était issue de la bonne société viennoise.

La valeur que pouvait avoir cette grille en son temps, de même que les évolutions qu'elle a permises par la suite sont sans conteste. Cependant le fait est que la société française de 1991 est sensiblement différente, à maints égards, du contexte social que connaissait Freud; les conceptions scientifiques ont également évolué, particulièrement depuis les découvertes effectuées en physique (mécanique quantique, théorie de la relativité), qui ont bouleversé toute la conception du monde et de l'homme en ce monde. En conséquence, des théories qui pouvaient, au regard du paradigme cartésien, être qualifiées de scientifiques il y a un siècle, (et la grille freudienne en fait partie), sont aujourd'hui dépourvues de validité du fait des postulats qui les sous-tendent; elles consistent en conséquence en un ensemble d'opinions éminemment respectables en tant que telles, que chacun est parfaitement libre d'adopter, mais qui ne sauraient être considérées comme scientifiques au sens actuel du terme ni tenir lieu de vérité. Ces postulats ont des répercussions au niveau du mode de pensée et du comportement des gens qui les tiennent pour scientifiques, particulièrement en psychiatrie où ils font encore figure de dogmes. Ils peuvent avoir des conséquences dramatiques dans la vie des patients, au niveau des faits, dans la mesure où ils engendrent une culpabilisation, une infériorisation, et des rapports de domination/soumission qui n'ont pas lieu d'être dans un lieu de soin. Ils font ainsi écran entre les soignants et les soignés et constituent un obstacle aux relations de confiance et de respect qui sont à la base de toute thérapie.

(L'analyse qui suit a été élaborée sur les principes de la sémantique générale d'Alfred Korzybski.)

Ces conceptions et postulats sont pour citer brièvement les principaux, en résumé et très brièvement les suivants:

- vision de la maladie mentale comme inhérente à l'individu qui en souffre, de cause endogène en quelque sorte, sans lien avec le milieu dans lequel vit la personne; cette vision est liée à une conception de l'organisme humain qui sépare celui-ci en un corps d'un côté, un psychisme de l'autre et fait abstraction du milieu dans lequel il vit. Elle repose sur une démarche de pensée élémentaliste qui isole artificiellement des éléments et des facteurs reliés entre eux structurellement. Si nous nous basons sur des critères scientifiques au sens de ce terme en 1991, nous pouvons dire que cette conception relève d'un mode de pensée dualiste qui oppose l'esprit et la matière, le normal et le pathologique, l'individu et son milieu, mode de pensée d'actualité du temps d'Aristote, il y a 2400 ans, mais complètement révolu de nos jours, dans la mesure où la conception de l'organisme humain qui correspond à nos données actuelles est celle d'"un tout psycho-somatique dans son milieu qui le pénètre et auquel il réagit." (Alfred Korzybski). En conséquence, cette vision de la maladie est sous cet aspect dépourvue de scientificité.

- conception de la pathologie mentale comme d'un handicap fixé, une fois pour toutes, reposant sur une vision statique de l'organisme humain et faisant abstraction de ses capacités d'évolution; nous savons aujourd'hui qu'il n'en est pas ainsi et que nous sommes des êtres dynamiques, en constante évolution. Cette conception statique de l'organisme sous-tend le postulat d'incurabilité de la maladie mentale qui renvoie aux patients une vision désespérée d'eux-mêmes et entraîne,

dans l'équipe soignante, des réactions de défaitisme; la chronicisation est alors considérée comme inhérente à la maladie et à la personne identifiée à celle-ci, et, de ce fait, inéluctable, d'où une perte de finalité de la fonction soignante.

- du postulat d'incurabilité de la maladie découle un manque de recherche d'efficacité des soins; ce dont il est question ce n'est pas de soigner dans le but de guérir, la guérison n'étant pas censée exister en psychiatrie, mais de soigner pour soigner, le but des soins n'ayant d'autre finalité qu'eux-mêmes, d'où un manque de prise en compte des résultats et l'absence de confrontation des théories et des discours à l'épreuve des faits qui est à la base de toute démarche scientifique sérieuse.

- identification des soignés à leur étiquette nosographique, qui tend à attribuer aux gens toutes les caractéristiques de la pathologie qui leur est attribuée, leur renvoie une image négative d'eux-mêmes, et fait abstraction de leurs capacités et de leur potentiel; l'étiquette devient alors un mot-écran qui conditionne la vision des soignants sur les soignés et enferme ces derniers dans leur statut de malade. Or nous savons aujourd'hui que cette identification aux mots relève d'une conception réductionniste, qu'il s'agit d'une fausse identification, une personne, quelle qu'elle soit, ne pouvant être réduite aux caractéristiques que l'observateur, quel qu'il soit, est susceptible de lui attribuer, car avant d'"être" des schizophrènes, des alcooliques, etc., les soignés sont avant tout des êtres humains dotés d'une personnalité et d'une individualité qui leur est propre et ne peuvent être limités à un mot ni à une image. Cette conception réduit trop souvent les malades à la condition d'objets, déresponsabilisés, privés de tout pouvoir de consultation dans les décisions qui sont prises à leur encontre alors qu'elles les concernent directement et en premier lieu.

- conception de la nosographie psychiatrique comme "vraie" une fois pour toute et censée être le reflet exact des malades et des maladies. Il s'agit là d'une confusion entre la carte et le territoire, le niveau des mots et celui des faits, liée à une utilisation inadéquate du langage et de sa fonction symbolique. Cette conception fait également abstraction du fait que, la psychiatrie faisant partie des sciences humaines, il ne s'agit nullement d'une science exacte ni d'une vérité révélée, mais de concepts élaborés dans un cadre historique déterminé, d'un domaine susceptible d'améliorations et d'évolution en fonction des découvertes.

- au niveau de l'observation qui est faite des patients, seule est prise en compte la personne observée, il est totalement fait abstraction du coefficient de l'observateur, du fait que le résultat de l'observation diffère selon les personnes qui l'effectuent. Cette démarche de pensée correspond à celle de la période classique en vigueur au temps de Descartes. Elle a été abandonnée au XXème siècle, sur la base des travaux de Einstein; nous savons en effet aujourd'hui que toute observation est relative et que tout ce que l'homme peut connaître est un phénomène dû conjointement à l'observateur et à ce qu'il observe.

Il en résulte bon nombre d'attitudes dogmatiques de la part de soignants qui, partant du principe que ce qu'ils ne connaissent pas n'existe pas, et considérant que "la réalité" se borne à ce qu'en embrasse leur science, celle-ci ne saurait tolérer la moindre remise en question. La recherche d'efficacité, à la base de toute démarche scientifique, fait alors dans ce contexte figure de blasphème. Une telle attitude ferme

la porte à toute possibilité de réflexion sur la nature du travail que l'on fait, et Dieu sait combien une telle réflexion est nécessaire en psychiatrie. Elle empêche toute autonomie de pensée, laquelle est alors taxée de "négation de la maladie". La notion de pathologie est, de ce fait, considérée comme existant indépendamment des patients, comme une entité en tant que telle, érigée en valeur absolue, à laquelle est subordonnée la vie des patients. Sur de telles bases, il n'y a plus de démarche thérapeutique cohérente. La fonction soignante est une fonction d'assistance envers les patients; elle passe par l'instauration d'une relation d'aide avec ceux-ci. Elle ne consiste nullement à défier des dogmes scientifiques, ni à utiliser ces dogmes pour asservir des gens.

En ce qui concerne la théorie des perversions à partir de laquelle Freud a élaboré la nosographie des névroses, elle repose sur les conceptions personnelles de cet auteur, qui, limitant la sexualité normale au seul cadre de la procréation, a taxé de perverse "toute activité sexuelle qui, ayant renoncé à la procréation, recherche le plaisir comme un but indépendant de celle-ci... tout ce qui sert à procurer de la jouissance reçoit la dénomination peu recommandable de "pervers" et est, comme tel, voué au mépris."⁴⁴. Que Freud soit parti d'un tel postulat à l'époque où il vivait et en fonction des critères scientifiques dont il disposait est parfaitement compréhensible, il ne pouvait guère faire autrement. Mais que nous raisonnions encore sur cette base en 1991 est totalement désadapté. C'est là faire abstraction de toute l'évolution qui s'est opérée au niveau des comportements des gens, particulièrement depuis l'apparition de la contraception. De ce fait les critères freudiens ne correspondent plus du tout à ce que nous vivons aujourd'hui, ils ne sont plus du tout d'actualité. Partant de ces postulats, le terme de "pervers" peut alors être appliqué à l'ensemble de la population, ce qui est proprement insensé. Cette notion de "perversion" au sens freudien du terme est alors, dans le principe, comparable à celle de la "drapetomania", maladie apparue dans le sud des États-Unis avant la guerre de sécession qui fit des ravages parmi les esclaves noirs qui s'échappaient des plantations. Cette maladie consistait en une "compulsion morbide à être libre"; l'épidémie s'éteignit bien entendue d'elle-même avec l'abolition de l'esclavage. C'est également sur ce principe que repose le concept de "schizophrénie asymptomatique", très répandue en U.R.S.S. durant ces dernières décennies, qui a permis des abus dénoncés avec vigueur dans notre pays. Cet étiquetage et l'utilisation qui en est faite se révèlent, dans les faits, éminemment plus pervers et pernicieux que les gens sur lesquels sont plaqués ces termes. Ce procédé, qui consiste à identifier des gens à des mots à caractère péjoratif, dévalorisant, à leur attribuer les caractéristiques supposées de ces termes, puis à leur infliger des tracasseries de tous ordres à partir de là est à la base de toute exclusion. Il n'est pas différent de celui employé à l'égard des juifs pendant la seconde guerre mondiale, à cette différence près que l'étiquetage d'alors se basait sur des critères raciaux au lieu de critères de pathologie. Dans tous les cas, c'est d'infériorisation de la personne humaine utilisée à des fins d'asservissement dont il est question.

De par ma position d'infirmière, je me vois confrontée directement aux conséquences des décisions prises au niveau des hospitalisés. Dans certaines circonstances, dont le cas de Louis P. est un exemple, les conséquences des décisions peuvent se révéler dramatiques pour les personnes soignées. Etant

44. Freud: *Introduction à la Psychanalyse*.

dépourvue de tout pouvoir de consultation et de décision, il ne m'est pas possible d'influer en quoi que ce soit sur elles au niveau professionnel. La seule référence est alors celle de la loi, qui est censée être la même pour tous, mais celle-ci est vécue comme subversive et n'a pas droit de cité au sein de l'établissement. J'ai ainsi appris que "les droits de l'homme concernent les gens normaux mais que pour les malades, il peut être dangereux de s'y référer."

Cette situation me paraît extrêmement grave en ceci qu'elle ouvre la porte à tous les abus. Durant quinze ans j'ai assisté dans une certaine impuissance à la lente et inexorable dégradation de personnes dont les soins qui leur étaient attribués étaient, en théorie, censés apporter une amélioration de leur état.

Or si l'hospitalisation et les traitements appliqués ne se soldent pas par des résultats positifs, par un soulagement pour la personne soignée, ils n'entrent pas dans le cadre d'une démarche de soin effective, ils ne sont pas justifiés.

Si en plus la personne qui les subit est dépourvue de toute possibilité d'influer sur son sort, si ces traitements lui sont imposés sans explication ou lui sont présentés pour ce qu'ils ne sont pas, sous prétexte que son étiquette de "malade mental" la disqualifie d'emblée pour s'exprimer en son propre nom et être informée de sa propre santé, ce n'est plus de relation thérapeutique dont il est question, mais d'escroquerie et d'abus de confiance.

Si en outre l'hospitalisation s'accompagne de mesures d'enfermement supposées limitées aux établissements pénitentiaires, sans que la personne concernée puisse avoir le moindre recours, on aboutit à des situations totalement illégales, inconstitutionnelles, qui n'ont pas lieu d'être dans un État de droit.

Si enfin les personnes qui disposent du pouvoir de décision dans cet état de fait déclinent toute responsabilité dans la dégradation de l'état de santé des gens qui leur sont confiés en attribuant celle-ci à la seule pathologie de leurs patients, s'ils considèrent comme une insulte le fait d'avoir à fournir la moindre explication sur le bien-fondé de leurs décisions, y compris aux gens qui travaillent avec eux et qui sont chargés d'exécuter ces dernières, s'ils se placent au-dessus de toute autorité autre que la leur, y compris légale, en s'autoproclamant seuls spécialistes autorisés en la matière et s'ils réfutent d'emblée toute mise à l'épreuve des faits en s'appuyant sur des théories d'un autre âge, ils sont de ce fait dépourvus de légitimité au niveau légal, de crédibilité et de cohérence au niveau scientifique et ne répondent en rien aux exigences du service public.

Ces questions m'apparaissent à l'heure actuelle autrement plus importantes que les sujets traités dans le cadre des négociations du mouvement infirmier⁴⁵. Car ce qui est en cause ici, c'est la valeur de la personne humaine, et ce qui se passe dans les hôpitaux psychiatriques est révélateur des changements qui s'opèrent au niveau de la société. En 1976, quand je suis arrivée dans la profession, l'hôpital en question était véritablement un lieu de soin; les malades y étaient respectés, les thérapeutiques appliquées l'étaient dans un réel souci de leur bien-être, ils en étaient informés et leur point de vue était pris en compte. Il était à ce moment-là hors de question de renfermer qui que ce soit, et encore moins pendant des semaines, ce genre de pratique étant alors considéré comme asilaire, et à ce titre, révolue.

45. Il s'agit de la « Coordination infirmière », créée en 1988.

Au fil des ans, au fur et à mesure des restrictions budgétaires et des diminutions de personnel, j'ai assisté progressivement au passage de la démocratie à la dictature, à la transformation d'un lieu de soin en un lieu d'enfermement. Ceux-ci sont devenus monnaie courante, non pas seulement dans les cas d'agitation où ils peuvent alors se concevoir, mais à titre de punition, et parfois, comme dans le cas de Louis P., d'exclusion. Cette situation est due pour une grande part non pas tant à une baisse de la qualité du personnel soignant qu'à une somme de travail supérieure à sa capacité d'exécution, d'où l'impossibilité, avec la meilleure volonté du monde, de s'occuper des malades en fonction de leurs besoins. Il en résulte un accroissement des tensions, génératrices d'agressivité, de conflits, une baisse de la tolérance, la tendance à recourir au droit du plus fort et des phénomènes de cristallisation de l'agressivité sur des gens précis qui font fonction d'exutoire.

Entre également en ligne de compte la hiérarchisation qui s'est opérée sous l'effet des décisions de monsieur Evin, la formation des surveillants dans des écoles de cadre qui privilégient les critères administratifs aux critères de soins et forment des technocrates manipulateurs, plus préoccupés de faire des économies, de s'occuper de statistiques, de réduire les malades gênants et le petit personnel récalcitrant et de mettre en place des structures-écran, que de diminuer la souffrance des gens dont la santé leur est confiée. Petit à petit, ce qui paraissait inacceptable au départ finit par devenir "normal". On assiste alors à une banalisation de la souffrance et du mépris, un renversement complet des valeurs, sans aucune possibilité pour un individu de pouvoir influencer sur le processus.

La fermeture informationnelle du fait du secret médical empêche à priori toute information de filtrer à l'extérieur et les gens qui subissent ainsi cela souffrent inutilement, pour rien, parfois durant des années, des décennies, et meurent également, se sachant oubliés de tous et dans l'ignorance des gens de l'extérieur. Et s'il arrive à quelqu'un de parler de ce qu'il peut vivre aux gens du dehors, alors personne ne le croit, parce que cela n'est pas censé exister ici, "au pays des droits de l'homme"; à ce point, même l'extérieur n'est plus d'aucun secours, il n'existe plus aucune porte de sortie, aucun espoir.

C'est pourquoi réduire le "malaise" infirmier à une question d'avantages sociaux est également une imposture envers la profession, envers les gens qu'ils soignent et envers la population. Autour de moi, j'ai vu ce "malaise" causer la mort de huit collègues en dix ans, dans quatre unités de soin: Annie B. s'est pendue en 1980; quelques temps après, Marc C. s'est jeté sous un camion; Pascal D. s'est tué avec des médicaments ainsi que Serge T., de même que Jean-Pierre E. et sa femme, quelques mois plus tard, laissant deux filles de 18 et 15 ans dont la plus jeune est décédée depuis; Jean-Jacques C. s'est tué en delta-plane et il y a quelques mois, Ariel G., une psychologue a été retrouvée morte chez elle; ne sont pas compris dans cette liste les suicides ratés et les arrêts de longue maladie.

(Depuis la rédaction de cette lettre, sont également décédés Emilie B, infirmière, Thierry B., infirmier, Roger T., surveillant, Bernard L., médecin-chef, Nanou C, infirmière, Marie-Claude D, infirmière, et Alain B., infirmier. Quatre autres soignants ont développé un cancer.)

Vu de l'intérieur, tout ceci paraît profondément injuste, absurde et extrêmement triste et les discours des donneurs de leçons qui s'expriment au nom "du droit", bien vains et fallacieux. J'ai vu dans cet hôpital s'effondrer toute la

conception que j'avais de mon pays et de la démocratie, en laquelle je croyais. En entendant, il y a quelques mois, des idéologues oser dire dans les média que "les valeurs de la démocratie sont au-dessus de la vie, du sang et de la souffrance", j'ai réalisé que mon pays était à l'image de l'hôpital. La vie, le sang et la souffrance ne sont pas des abstractions, contrairement aux "valeurs de la démocratie", il s'agit de la vie, du sang et de la souffrance de gens bien réels, ce qu'ignorent vraisemblablement les gens qui tiennent de tels propos et qui ne savent manifestement pas de quoi ils parlent. Quant aux valeurs de la démocratie, que représentent-elles si ce n'est la valeur humaine ?

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 repose sur le postulat qu'il n'existe pas de valeur au-dessus des gens, et c'est en cela que réside sa valeur. Alors les gens qui la détournent pour déifier des abstractions qu'ils utilisent à des fins de domination ne sont en rien des démocrates. Ils n'agissent pas différemment des inquisiteurs qui se servaient autrefois les textes religieux pour justifier les persécutions qu'ils commettaient en leur nom. Ces gens sont des manipulateurs de symboles et des imposteurs.

Le plus gros obstacle à une évolution tient au fait que les gens qui détiennent les pouvoirs de décision en matière de santé ne sont pas confrontés directement aux conséquences de ces dernières ; ils n'ont pas le moyen de les observer et de ce fait ne peuvent les évaluer. Dans un monde de simulacre qui occulte la souffrance et la mort, ceux qui ne les observent pas directement, incapables de s'interroger sur les questions fondamentales qui sont le propre de l'espèce humaine mais constituent l'un des tabous majeurs de notre société, ignorent ce que représentent ces mots. Ce faisant, ils sont prêts à sacrifier en toute inconscience une partie de leurs concitoyens, dont certains ont participé à les élire, à des critères d'économie, de prix de journée, ou à ceux, intouchables, des sacro-saintes "lois du marché". Ce que représentent alors les valeurs de la démocratie, ce ne sont pas les articles de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, pas plus que la liberté, l'égalité ni la fraternité, ni rien de ce genre, mais la valeur sur laquelle repose un système économique truqué, celle de l'argent, qui permettra de dominer lesdits citoyens au moyen du pouvoir rétributif en achetant leur soumission, ce que n'ont pas la possibilité de faire les gouvernements des pays moins favorisés économiquement, qui devront, eux, se contenter d'obtenir le même résultat au moyen du pouvoir dissuasif, autrement dit, par la dictature.

C'est pourquoi le cas de Louis P., exclu parmi les exclus, et ce qu'il révèle des changements qui se sont produits en psychiatrie, est également un révélateur d'une évolution similaire aux niveaux supérieurs. Les hôpitaux psychiatriques sont un microcosme de la société, et cette dernière serait bien venue de lever le voile qui les cache et de se confronter ainsi à elle-même, non pas en termes de culpabilité, car ce n'est pas ainsi que le problème se pose, mais en regardant ce qui s'y passe exactement, en y réfléchissant et en cherchant à comprendre. La situation des hôpitaux psychiatrique, et celui dans lequel j'ai travaillé est plus vivable que beaucoup d'autres, n'est pas imputable à un petit nombre de personnes travaillant dans l'institution; elle est liée au contexte social, elle en est le reflet; en occultant ses hôpitaux psychiatriques, en les éludant comme une faute, la société se coupe de la possibilité de réfléchir sur elle-même et de prendre du recul par rapport aux concepts qui l'enferment mentalement depuis des siècles, de les comprendre et de s'en libérer. Ce faisant, elle se ferme à toute évolution. Cette réflexion et cette compréhension lui

sont nécessaires pour pouvoir dédramatiser la vision qu'elle a d'elle-même, se libérer du poids du passé et repartir sur des bases saines. Elle se prive également de voir les changements qui s'effectuent en son sein au niveau des critères d'évaluation.

Car la question de fond qui se pose à nous aujourd'hui est celle de la valeur de la vie humaine dans ce pays, le prix de notre vie, laquelle est, de fait, subordonnée à des critères financiers et administratifs. Elle ne peut se résoudre en termes d'idéologies politiques, pas plus que de doctrines économiques, dans la mesure où les problèmes que nous affrontons sont créés de toute pièce par ces idéologies et ces doctrines. Avant d'être des problèmes "politiques" ou "économiques", ces problèmes sont avant tout des problèmes humains, qu'il convient d'aborder et de résoudre en termes humains, non pas au moyen de théories insensées dont les adeptes ont élevé au rang des beaux-arts la technique qui consiste à faire prendre des vessies pour des lanternes, mais à l'aide de données fiables, similaires aux faits, dont les termes représentent pour tout le monde ce qu'ils sont censés signifier.

C'est pourquoi les seules personnes capables aujourd'hui d'intervenir efficacement sont celles qui disposent de ces données à savoir les personnalités scientifiques et médicales intègres, qui ont démontré leur compétence et leur efficacité, dont le travail et les découvertes nous aident à mieux vivre et nous rendent conscient de notre humanité. Ils possèdent la crédibilité, la légitimité, et les connaissances nécessaires pour mettre de l'ordre dans les esprits et dans les discours. Sur la base de données fiables, ils peuvent redéfinir les notions de licite et d'illicite, indissociables des notions de droits et de devoirs et sans lesquelles il ne saurait y avoir de vie vivable, non plus en fonction de "valeurs morales", termes qui ont un sens différent en fonction de chaque personne et aucun sens en tant que tels, mais en se basant sur les faits, sur les conséquences effectives des actes, ainsi que les notions de "vrai" et de "faux", non plus en fonction de jugements de valeurs et d'opinions non fondées, mais de la mise à l'épreuve des faits. "Le vrai est vérifiable" (professeur Jean Bernard). Dans ces conditions, les polémiques interminables peuvent être tranchées facilement sur la base d'un troisième facteur, irréfutable, constatable par tout le monde, celui de l'expérimentation. Sur une telle base, les théories qui fondent les exclusions et les racismes de tous ordres apparaissent alors dépourvues de validité et d'intérêt et n'abusent plus personne. L'éthique peut alors sortir du ghetto des éprouvettes et de la fécondation pour devenir un symbole chargé de sens pour tout un chacun. De cette façon, les membres du comité qui la représentent, en accord avec les principes qu'ils ont eux-mêmes édifiés, peuvent "résoudre un problème moral que la recherche précédente a posé." De par le poids de leur autorité, ils peuvent constituer en toute légitimité une sorte de conseil de sages, garants de la valeur de la vie humaine et par-là même de la démocratie, de structure similaire à celle de l'organisme humain et du monde vivant et à celle de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, au-dessus des pouvoirs de toutes sortes, dont dépendraient en dernier ressort toutes les questions importantes de quelque ordre que ce soit dans le domaine des affaires humaines. Cette structure serait ouverte au niveau informationnel à la population qui aurait un droit de regard plein et entier et un pouvoir de consultation sur les décisions la concernant, conditions indispensables à l'instauration d'une démocratie véritable.

Le sort de la démocratie n'est pas du seul ressort des politiques, elle concerne par définition tous les citoyens. Elle n'est donc pas seulement l'affaire des

spécialistes autorisés, elle est l'affaire de tout le monde. Il appartient donc à tout un chacun de s'exprimer librement à son sujet, indépendamment de son statut social ou hiérarchique. Les droits dont nous disposons sont inhérents à notre citoyenneté; s'ils deviennent, sous l'influence d'un certain nombre de facteurs, proportionnels aux statuts hiérarchiques et sociaux, ils sont subordonnés à la somme de pouvoir dont on dispose; le droit dont il est alors question est celui du plus fort, qui s'exerce au détriment du plus faible; les relations qui en découlent sont basées sur des rapports de force incompatibles avec les principes de liberté, d'égalité et de fraternité, rapports qui génèrent des exclusions de toutes sortes dont ceux qui en sont victimes se voient réduits à un statut de sous-citoyen, de sous-humain, démuné de tout pouvoir de se faire respecter.

Dans la mesure où la déclaration des droits de l'homme et du citoyen est à la base du régime dans lequel nous vivons, ce que personne ne conteste, les droits qu'il nous confère nous appartiennent en toute légitimité; si ces droits ne sont pas respectés, c'est à nous qu'il revient de les faire appliquer, car si nous ne le faisons pas, personne ne s'en chargera à notre place. Il convient alors de préciser les relations qui unissent électeurs et élus en rappelant aux autorités qui se réclament elles-mêmes de la démocratie qu'elles ont des devoirs et des responsabilités envers les citoyens. Elles sont avant tout au service de ces derniers, et non l'inverse. Elles sont tenues, de par leur fonction, d'informer honnêtement leurs électeurs des affaires du pays et de la gestion qu'ils en font, des décisions qu'ils prennent, en fonction de quels critères et sur quelles bases et d'en assumer les conséquences. A partir de là, elles peuvent établir avec les citoyens les relations de respect et de confiance réciproque qui sont le propre d'une nation civilisée.

S'il n'y a ni respect, ni transparence, ni concertation dans les rapports entre élus et électeurs, si les premiers se considèrent comme seuls aptes à décider des affaires des seconds sans leur communiquer les éléments d'informations nécessaires à la compréhension de la situation ni leur demander leur avis, il n'y a plus de démocratie possible. Si les réponses aux conflits qui surgissent de cet état de fait se traduisent par des phénomènes d'exclusion, l'intervention de la force publique, une hiérarchie plus pesante et un contrôle accru sur la population, le pouvoir repose non plus sur la volonté du peuple, mais sur la force des baïonnettes. Si les citoyens, qui ont alors non seulement le droit, mais aussi le devoir, de dire ce qu'ils en pensent, ne mettent pas le holà, on s'achemine vers la barbarie. Si nous voulons être traités en êtres responsables, commençons par nous comporter comme tels.

Il est fondamental alors d'établir un dialogue avec les élus, dialogue basé sur le respect mutuel qui est la condition sine qua non pour pouvoir se dire franchement ce qu'on a à se dire dans le calme et la courtoisie. Pour pouvoir être respecté de la personne à laquelle on s'adresse, il est logique de commencer soi-même par la respecter.

Un tel dialogue implique également de sortir de la logique de culpabilité, de cesser de raisonner en termes de tort et de raison, termes dépourvus de sens, incompatibles avec la notion de responsabilité, générateurs de méfiance et d'hostilité. Un dialogue ne peut avoir lieu que dans la compréhension. Pour pouvoir se comprendre, il est nécessaire de pouvoir s'écouter, autrement dit se parler ouvertement, de pouvoir s'expliquer sans crainte d'être jugé de façon à clarifier les

éventuels malentendus. La question n'est pas de juger mais de comprendre. Les hommes politiques ne sont pas omniscients, ils sont faillibles au même titre que tout le monde; ils ont par conséquent un droit à l'erreur, droit qu'il est important de leur reconnaître pour qu'ils puissent s'expliquer de façon sensée et sortir ainsi de la langue de bois qui les enferme et les discrédite sans qu'ils s'en rendent compte. Il convient donc d'établir avec eux des relations d'humains à humains, d'égal à égal, conformément aux principes dont ils se réclament.

Sur la base d'un tel mode de relation, ils peuvent regagner le soutien de la population, gouverner sainement et efficacement en jouant carte sur table, et faire leur travail de manière beaucoup plus valorisante, constructive, agréable et reposante pour tout le monde. Forts du soutien populaire, ils peuvent alors affronter plus sereinement les rapports de force auxquels ils sont soumis au niveau international, rapport structurellement similaire à celui qui règne actuellement au niveau national, c'est-à-dire dans lequel ils sont en position de dominés. Dans la mesure où les instances extérieures se réclament également des principes de la démocratie, nos responsables nationaux ont alors non seulement le droit, mais aussi le devoir, d'exiger de ces instances qu'elles les respectent, et que les règles du jeu international soient redéfinies sur des bases transparentes, explicites, en concertation avec toutes les parties et avec leur accord. Sans ces conditions, il ne saurait être question d'ordre démocratique au niveau international.

Nos dirigeants sont actuellement dans une situation particulièrement inconfortable, pris entre deux mouvements de pression antagonistes, aux intérêts inconciliables: une pression venant du bas, celle de leurs concitoyens qui n'aspirent en fait qu'à une société humaine, adaptée à leurs besoins, aspiration qui a amené la gauche au pouvoir, et une pression du haut, qui vise à départir ces dirigeants de leur autonomie de décision et de gestion de leur propre pays dans les domaines qui les concernent en premier lieu, eux ainsi que l'ensemble de leurs concitoyens, à des niveaux aussi vitaux que l'information, la production de nourriture, la sécurité, les échanges commerciaux, la gestion des conflits, etc. Le fait est que, dans la mesure où nous élisons nos dirigeants, leurs intérêts sont à ce niveau les mêmes que les nôtres; il importe d'en tenir compte et d'agir en conséquence. L'intérêt de "la France" est indissociable de celui de sa population; sans cette dernière, "la France" ne représente rien, elle n'existe pas. Elle ne peut donc servir d'argument pour justifier des décisions prises au-dessus des gens, sans leur consentement, sans qu'ils soient informés des enjeux ni des implications, sans qu'ils disposent des données pour les comprendre et en évaluer le bien fondé, et dont les conséquences se révèlent dans les faits à la longue préjudiciables pour eux. De telles pratiques ne sont nullement stipulées dans notre constitution, elles ne sont pas du tout incluses dans le contrat social auquel nous avons adhéré. Partant de là, elles n'engagent que ceux qui les prennent; en ce qui nous concerne, elles ne nous engagent en rien et nous ne sommes aucunement tenus de nous y conformer. Un tel fonctionnement entraîne inéluctablement à plus ou moins longue échéance un mécontentement populaire et des tensions sociales, les gens ayant le sentiment d'être trompés et lésés.

Alors que si nos dirigeants décident d'agir en coopération avec leur population, en tant que représentants de celle-ci, ils peuvent alors s'en faire les porte-parole et requérir des représentants des instances extérieures qu'ils viennent eux-mêmes présenter leurs propositions à leurs concitoyens, répondre en direct à leurs questions, leur fournir toutes les explications nécessaires, à partir de quoi ceux-ci pourront alors y réfléchir et décider ensemble de la suite à leur donner. De cette

façon, une nouvelle structure de relation entre électeurs et élus, reposant sur la complémentarité, peut délivrer ces derniers de la pression du bas. Au lieu de vivre la force populaire comme antagoniste et de s'opposer à leur propre peuple, ils peuvent s'en faire un allié et ainsi gouverner sur des bases solides. Ils peuvent alors répercuter à l'extérieur le changement de relation accompli à l'intérieur et se délivrer par-là même de la pression du haut, non en s'y opposant par la force, mais en l'amenant sur le terrain de la transparence, de la cohérence et du savoir-vivre. Un pays dont les citoyens et les dirigeants sont capables d'opérer ensemble un tel changement relationnel peut résoudre ses problèmes au niveau individuel, national et international; il peut passer d'une position de perdant, où dirigeants comme administrés ont tout à perdre, à une position de gagnant, dans laquelle les uns et les autres ont tout à gagner. Il met un terme à un jeu truqué, à des structures anti-humaines, et le remplace par des règles claires et identiques pour tous, et une organisation respectant les besoins des individus et du monde vivant.

Je vous ai communiqué à travers cette lettre les éléments qui m'apparaissent importants, particulièrement dans le contexte que nous traversons, estimant que j'avais le devoir de le faire. J'y joins les écrits adressés à différents niveaux auxquels j'ai tenté d'intervenir en faveur de Louis P., ainsi que d'autres, concernant d'autres patients, qui témoignent du fait que malheureusement son sort peu enviable n'est pas une exception.

Je souhaite de tout mon cœur que cette démarche aboutisse à une prise de conscience et amène une amélioration de la condition des personnes psychiatisées, un comportement plus humain et pour tout dire, plus civilisé, des autorités qui en ont la charge. Je me tiens à votre disposition concernant toute précision que vous seriez susceptible de requérir.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous témoignerez à cette lettre et vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

Réponse:

LABORATOIRE X
HOPITAL Y
75000 PARIS

Paris, le 19 novembre 1991

Madame,

Je vous suis reconnaissant de votre confiance. Malheureusement je reçois chaque semaine des manuscrits ou documents aussi abondants que les vôtres. La majorité des personnalités qui me les adressent sont persuadées d'avoir un message à transmettre à leurs contemporains, message strictement unique et dans l'ignorance duquel la planète va s'effondrer. Je ne discute pas le bien-fondé de ces idées, pas plus que l'intérêt que peuvent présenter les vôtres, mais veuillez considérer que, si je devais prendre honnêtement et consciencieusement connaissance de tous ces écrits, je n'aurais plus qu'à fermer mon laboratoire et ouvrir un bureau de conseiller technique en sciences humaines.

Croyez-bien que je suis toujours très culpabilisé en dictant des réponses de ce type. Mais je pense que vous comprendrez aussi mon point de vue et que vous aurez la gentillesse de me pardonner.

Je vous renvoie vos documents dont vous pourriez peut-être avoir besoin.
Je vous prie de recevoir, Madame, mes respectueux hommages.

Docteur X

Louis est revenu de Cadillac le 29 Janvier 1992, après 19 mois de détention au terme de son troisième séjour. Il aura passé en tout 38 mois dans cet établissement.

A son retour il a été placé dans une petite unité de jeunes patients dits "autonomes" dans laquelle il jouissait de conditions d'hospitalisation plus satisfaisantes qu'auparavant. Ses sœurs ont renoué des contacts avec lui. Il allait de temps à autres faire des séjours dans une ferme thérapeutique. Il n'a plus eu de comportement agressif envers quiconque et il n'a plus jamais été question de Cadillac en ce qui le concerne. La mesure de placement sous contrainte prise à son encontre dans les années 80 a été levée au début de l'année 1997, et il a ensuite été hospitalisé en placement libre. Opéré d'un cancer au larynx en 2003, il est mort quelques mois plus tard d'une infection nosocomiale.

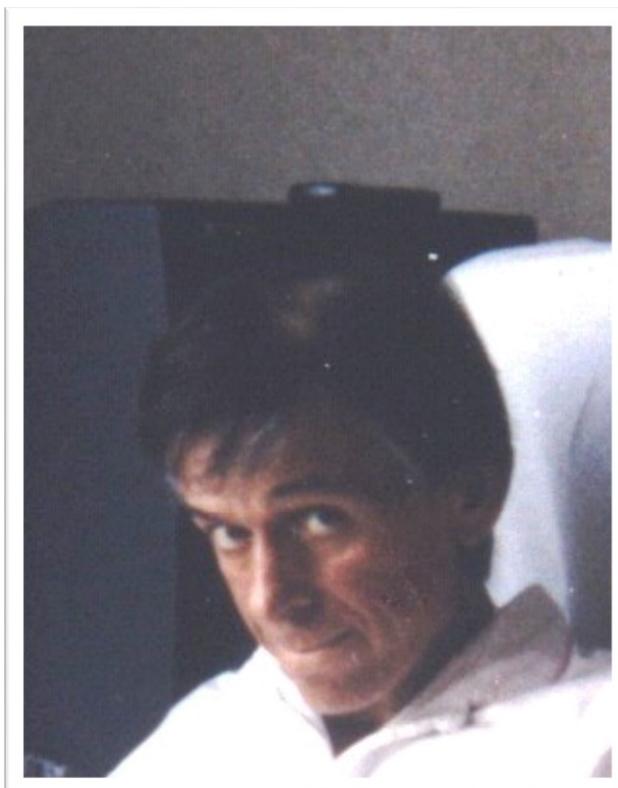


Photo © Édith Aurengo

Poèmes d'Édith Aurengo

(sœur de Louis)

Après la mort de Louis, ses sœurs ont repris contact avec moi. L'une d'elle m'a envoyé ces poèmes, accompagnés de la dernière photo qu'elle avait prise de lui, et souhaite qu'ils soient publiés dans ce livre.

Louis

J'ai croisé tes regards apeurés
Lors d'un de tes moments de lucidité
Quand l'âpreté de ta démence
Quitte tes entrailles et ton esprit
Et te laisse entrevoir la densité
De ta folie ... si folie il y a
Tu pourras la quérir
Peut-être dans tes poches
Ou dans les poches du regard des autres,
Parfois plus vide que le tien.
L'innocence du délire
De ton langage bariolé
Fait fuir quelques fois mais aussi
Possède pureté et naïveté
Même dans tes expressions les plus lubriques
Tu nous inondes de ton savoir électrique
Ce savoir si étrange, si lucide,
Si euphorisant, si humilié parfois.
Le reconnaissons-nous ?
Il fait bon s'épancher à son contact
Il peut nous embarquer vers des contrées lointaines
Il vient de cette époque lumineuse
Où tu possédais beauté, jeunesse et liberté
Où tu te débattais dans ces méandres glauques
Du LSD et autres paradis artificiels
Ces paradis te firent descendre aux enfers
Puis à l'enfermement
Tu as droit à notre protection, notre respect, notre amour
Car enfin de quoi peux-tu être coupable, sinon d'innocence.

17 octobre 1995

Les Coteaux de la folie tendresse

Parking, terre brûlée
Service des Coteaux, bâtisse, enfermement partagé
Pas à pas, tripes nouées
J'entre dans cet univers, danger pour la société

Monde fermé, monde perdu
Ils sont là, hommes et femmes éperdus
Dans cette galère infinie
Derrière les grillages de leur folie.

Il est là, trapu, maladroit, émouvant
Dans ce contre-jour baigné de soleil filtré
Main déjà tendue, pour offrir, pauvre hère déboussolé,
L'objet tendresse malaxé de ses doigts obéissants

Je n'oublierai pas cette journée délire intimiste
Les cœurs de tournesols noircis
Les blés coupés écorchant ma liberté
Me rapprochant de tous ces paumés.

Retour tristesse après ces retrouvailles intimes
Avec celui qui partagea mes années enfantines
Et qui de blessure en blessure d'une vie mutilée
S'est arrêté là, ailes coupées, esprit égaré.

Ligne blanche, frère en quarantaine éternelle !
Ligne pointillée, talus verdure, la folie me guette !
En ritournelle !

18 août 1996

Cendres de toi

Cendres de toi. Frère en quarantaine éternelle !
Nous t'aurions aimé équilibriste
Sur les fils d'une vie harmonieuse
Nous t'avons aimé au long cours
D'un enfermement partagé
Avec ceux de ta condition de déboussolés
Ta boussole ayant perdu depuis bien longtemps
Ton nord, ton sud, ton est et même ton ouest.

Cendres de toi. Frère en quarantaine éternelle !
Nous t'aimerons au-delà de ces quatre points cardinaux
Au-delà des frontières du réel accrochées à nos quotidiens

Nous t'avons aimé et t'aimerons
Pour les crues débordantes de ton délire
Que tu ne savais pas maîtriser,
Pour cette tendresse émouvante que tu expulsais
Gauchement vers nous lors de ces journées intimistes
Où, tels des papillons, nous voletions autour de toi
Pour déposer dans tes bras, la nôtre, de tendresse.

Cendres de toi. Frère en quarantaine éternelle !
Les accroche-cœurs de nos mots n'ont pas su
Aguicher tes maux pour les réduire à néant
Leurs échardes se sont plantées chaque jour
Un peu plus en toi et t'ont envoûté jusqu'au silence.
Alors tu as refusé la démesure de cette souffrance
Qui te faisait muet devant l'inacceptable
Et tu as préféré glisser doucement vers la sortie
De ce monde où la lumière t'avait ignoré.

Cendres de toi. Frère en quarantaine éternelle !
Tu avais enfin rendu les armes
Et si nos cœurs accrochés à ta vie ont osé pleurer
La rupture que tu nous as infligée
Nous ne saurions t'en vouloir de ton escapade,
Le chaos de ta vie étant enfin évaporé
Pour redonner à tes ailes brisées
L'élan vers un ailleurs meilleur et lumineux
Ta souffrance réduite en cendres.
Frère en quarantaine éternelle !

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, 26 Août 1789

"Les représentants du peuple français, constitués en Assemblée nationale, considérant que l'ignorance, l'oubli ou le mépris des droits de l'homme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption des gouvernements, ont résolu d'exposer, dans une déclaration solennelle, les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'homme, afin que cette déclaration, constamment présente à tous les membres du corps social, leur rappelle sans cesse leurs droits et leurs devoirs; afin que les actes du pouvoir législatif, et ceux du pouvoir exécutif pouvant être à chaque instant comparés avec le but de toute institution politique, en soient plus respectés; afin que les réclamations des citoyens, fondées désormais sur les principes simples et incontestables, tournent toujours au maintien de la Constitution et au bonheur de tous.

En conséquence, l'Assemblée nationale reconnaît et déclare, en présence et sous les auspices de l'Être suprême, les droits suivants de l'homme et du citoyen:

Article I. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Article II. Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression.

Article III. Le principe de toute souveraineté réside essentiellement dans la nation. Nul corps, nul individu ne peut exercer d'autorité qui n'en émane expressément.

Article IV. La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui: ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi.

Article V. La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société. Tout ce qui n'est pas défendu par la loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint de faire ce qu'elle n'ordonne pas.

Article VI. La loi est l'expression de la volonté générale. Tous les citoyens ont le droit de concourir personnellement, ou par leurs représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens étant égaux à ses yeux, sont également admissibles à toutes les dignités, places et emplois publics, selon leurs capacités et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents.

Article VII. Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis; mais

tout citoyen appelé ou saisi en vertu de la loi doit obéir à l'instant: il se rend coupable par la résistance.

Article VIII. La loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit et légalement appliquée.

Article IX. Tout homme étant présumé innocent jusqu'à ce qu'il ait été déclaré coupable, s'il est jugé indispensable de l'arrêter, toute rigueur qui ne serait pas nécessaire pour s'assurer de sa personne doit être sévèrement réprimée par la loi.

Article X. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi.

Article XI. La libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'homme: tout citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement; sauf à répondre de l'abus de cette liberté dans les cas prévus par la loi.

Article XII. La garantie des droits de l'homme et du citoyen nécessite une force publique: cette force est donc instituée pour l'avantage de tous et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée.

Article XIII. Pour l'entretien de la force publique et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable. Elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.

Article XIV. Chaque citoyen a le droit, par lui-même ou par ses représentants, de constater la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée.

Article XV. La société a le droit de demander des comptes à tout agent public de son administration.

Article XVI. Toute société, dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution.

Article XVII. La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé, si ce n'est lorsque la nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment, et sous la condition d'une juste et préalable indemnité."

Roger Gentis, Symposium de psychiatrie ⁴⁶

Février 1998

Je remercie le Professeur Werner de m'avoir choisi pour venir présenter ce rapport à votre symposium. Je pense qu'il l'a fait en connaissance de cause: j'ai participé pendant près d'un demi-siècle à la difficile transformation de la psychiatrie française, ce qui ne peut manquer d'émailler ce rapport de souvenirs personnels et de l'entacher d'une certaine partialité. Vous voudrez bien en tenir compte. Par ailleurs, j'ai cessé d'exercer il y a maintenant neuf ans dans la psychiatrie publique, mais j'occupe ma retraite avec de multiples actions de formation et surtout, dans le midi de la France, avec de nombreuses supervisions et régulations d'équipe, tant dans le secteur socio-éducatif que dans le secteur médico-social; je participe tous les ans à plusieurs rencontres et colloques - bref, je reste en contact assidu avec la psychiatrie en train de se faire, et c'est ce qui m'autorise à prendre la parole devant vous.

A moins d'y passer des heures, je ne saurais évidemment pas plus que quiconque dresser un tableau exhaustif de la psychiatrie française en cette année 1998. Comme sans doute dans la plupart des pays dits occidentaux, la situation est en France extrêmement complexe, conflictuelle et mouvante. Vous connaissez aussi bien que moi les multiples options idéologiques qui se disputent actuellement le champ de la santé mentale - la France n'est nullement en retard à cet égard et on y trouve comme ailleurs à portée de main comportementalisme, cognitivisme, thérapies systémiques, psychiatrie biologique, psychanalyse freudienne ou jungienne, art-thérapie, sophrologie, analyse transactionnelle, thérapies gestaltistes, etc. Comme ailleurs sans doute, ces différentes tendances s'affrontent ou s'associent - plusieurs d'entre elles coexistent le plus souvent dans une même pratique, de façon plus ou moins éclectique, sans que cette coexistence ait été toujours bien pensée, bien articulée, ce qui est assez étonnant dans un pays où la spéculation théorique précède souvent d'assez loin les réalisations pratiques.

On ne peut par ailleurs dissocier ce malaise de la psychiatrie de la conjoncture politique et économique dans laquelle il se développe. Dans le contexte actuel d'inflation du coût de la santé et des tentatives de maîtrise que cela induit chez les gestionnaires, la psychiatrie se trouve dans une position très inconfortable, car on lui demande de limiter ses dépenses, et pour cela d'évaluer son activité en vue de la rationaliser, de rendre des comptes - ce qui en soi est tout à fait normal et compréhensible: la difficulté dans le cas de la psychiatrie, c'est qu'il est difficile de fonder ces calculs sur des paramètres véritablement pertinents, comme c'est plus aisément le cas en médecine somatique. Il y a là une aporie méthodologique bien connue, même si l'on s'obstine à la méconnaître: lorsqu'il s'agit de prendre en compte le sujet humain, toute tentative de quantification l'objective inmanquablement, et l'on n'a plus affaire qu'à un pseudo-sujet, un sujet en trompe l'œil. Alors on s'évertue à établir des grilles de calcul aussi ingénieuses qu'arbitraires,

46. Ce texte m'a été envoyé par Roger Gentis afin que je l'inclue dans ce livre, après que je lui en ai envoyé la première version.

dont le résultat le plus clair est de fournir des statistiques inutilisables, ou que du moins on devrait considérer comme telles - car à la base on ne peut mettre des chiffres sur la pratique sans distordre gravement la réalité de celle-ci.

Plus grave encore, il y a là l'amorce d'un cycle éminemment pervers, car les réticences et les tricheries des travailleurs de base suscitent la défiance des instances de contrôle et la mise en place d'un appareil hiérarchique de plus en plus bureaucratique et policier, de plus en plus désinséré de la pratique réelle des gens de terrain. Ces bureaucrates, qui étaient parfois de bons soignants tant qu'on ne les avait pas aliénés à cette tâche impossible, s'accrochent alors faute de mieux à ce qui fait illusion de leur pouvoir, ils deviennent des fétichistes de l'ordinateur et ne voient plus l'exercice du métier de soignant qu'à travers les quatorze pouces de leur écran. Il me semble qu'il y a là, c'est pourquoi j'insiste un peu, un des ingrédients essentiels du malaise actuel de la psychiatrie, en France - difficulté qu'on peut ramener, en fin de compte, à un problème de méthodologie, qui est en même temps un problème d'éthique: on veut faire entrer la psychiatrie dans une quantification dont la validité, si toutefois elle est établie, a été testée hors de son champ, et qui constitue pour elle un véritable lit de Procuste. En un mot, on ne semble pas s'être soucié de la *spécificité* de la psychiatrie et c'est sans doute par là qu'il aurait fallu commencer...

Nous touchons là, bien sûr, un autre aspect important de la question: la place de la psychiatrie parmi les disciplines médicales. L'évolution institutionnelle de ces vingt dernières années tend à intégrer de plus en plus précisément la psychiatrie à la médecine: l'hospitalisation psychiatrique se fait de plus en plus souvent dans les hôpitaux généraux et les infirmiers qui travaillent en psychiatrie proviennent désormais du lot commun du "Diplôme d'État". Il y a certes bien longtemps que la psychiatrie est considérée comme une branche de la médecine, ce qui est certainement beaucoup moins scandaleux aujourd'hui qu'au début de ce siècle, où l'aliénisme ne faisait guère que les premiers traitements biologiques vraiment actifs dont ont disposé les psychiatres. La cure de Sakel et la convulsivothérapie remontent aux années trente - et c'est en 1938, en France, que les asiles d'aliénés sont devenus des hôpitaux psychiatriques. Aujourd'hui où nous disposons à tous le moins d'une gamme de soins qui situent la place de la psychiatrie parmi les disciplines médicales - l'erreur commence lorsqu'on prétend faire du psychiatre "un médecin comme les autres".

"Un médecin comme les autres", cela suppose que les autres - tous les autres - soient en quelque sorte médecins de droit, incontestables, et que la position du psychiatre soit à cet égard discutable, puisqu'un effort d'assimilation est nécessaire pour l'intégrer pleinement à la médecine comme allant de soi alors que c'est justement cette unité qui fait question. Le psychiatre, un médecin comme les autres ? Oui, en ce sens que, comme beaucoup de ses confrères, il a à chercher sa place parmi une grande diversité de pratiques dont les différences sont aussi évidentes que ce qu'elles peuvent avoir en commun.

On me dira que cette formule: "le psychiatre, un médecin comme les autres", est un peu sommaire et qu'elle est rarement utilisée telle quelle, sous cette forme à l'emporte-pièce, par les responsables de la santé. Sans doute, mais c'est pourtant elle, sous cette forme hâtive, qui sous-tend cette marche forcée à l'intégration dans laquelle se trouve actuellement entraînée la psychiatrie française. Nous nous

trouvons en butte à une volonté de nivellement qui semble vouloir faire table rase des problèmes, comme s'il s'agissait de s'en débarrasser une fois pour toutes: "allez, on en a assez discuté, on intègre la psychiatrie à la médecine et on n'en parle plus..." Il faut au contraire continuer à en parler.

On peut d'ailleurs remarquer que, plus on médicalise la psychiatrie d'un côté, plus on la démedicalise de l'autre. La loi de 1975 sur les handicapés, en France, représente une pierre milliaire dans cette évolution: en mettant l'accent sur la notion de handicap mental, en gratifiant d'une allocation pour handicapés ceux qu'on appelait jusque-là les malades mentaux, la loi de 1975 a beaucoup contribué à jeter le trouble chez les psychiatres, qui ne savent au fond plus bien non seulement comment soigner, mais qui même ils ont encore à soigner. Ceci est désormais très évident dans la pratique institutionnelle: hormis les différences de statuts et de rémunération, il existe un véritable flou entre éducateurs (ou rééducateurs), psychiatres et psychologues - et ce ne sont pas les psychiatres qui trouvent le plus aisément leur place. En fin de compte, leur seule prorogative indiscutable serait de prescrire des médicaments, ce dont ils se satisfont assez rarement. On serait tenté de dire que, sous couvert d'en faire un médecin de plein droit, le psychiatre est en fait devenu le parent pauvre, non seulement de la médecine, mais de la psychiatrie elle-même, dans le secteur public tout au moins. Ceci explique sans doute en partie le désintérêt grandissant pour cette profession: en 1986, lit-on dans le dernier bulletin de l'Ordre des Médecins, sur 3.367 postes de psychiatres hospitaliers, 2.535 seulement étaient occupés par des titulaires, 271 par des contractuels, et 263 laissés vacants...

Je ne voudrais toutefois pas brosser un tableau trop sombre de l'état des lieux en France en 1998. J'ai quarante-huit ans de psychiatrie derrière moi et j'ai connu pire que la situation actuelle. En fait, comme cela a sans doute toujours été le cas, cette situation varie beaucoup suivant les lieux, c'est-à-dire essentiellement suivant l'histoire locale (pas seulement psychiatrique) et suivant les acteurs de cette histoire (pas seulement les travailleurs psychiatriques). J'y reviendrai. Il convient toutefois d'essayer de dégager des tendances générales à l'évolution en cours, de dévoiler si possible les fondements idéologiques de ces tendances et de les situer dans une perspective plus large - ce qu'on peut définir comme le cadre économique et social dans lequel nous avons à vivre et à travailler, et que nous avons aussi à faire évoluer dans la mesure de nos moyens...

J'ai fait connaissance avec la psychiatrie au milieu de mes études de médecine, en 1950 exactement - en travaillant d'abord dans un service universitaire qui reflétait bien les contradictions de l'époque: avec trente-six lits seulement, il pourrait encore avoir sa place dans un dispositif actuel de psychiatrie publique: il était certes unisexué, réservé aux femmes, mais c'était un service libre (les services libres existaient en France depuis les années vingt) et pratiquait donc ce qu'on appelle aujourd'hui l'écrouissage, les malades relevant d'un internement étant évacués sur l'hôpital psychiatrique voisin. Curieux service libre pourtant: les portes en étaient constamment fermées et, sur trente-six lits, il comptait douze cellules dotées de murs caoutchoutés, de judas et de verrous chromés véritablement imposants. C'est dans ce cadre, où l'on pratiquait beaucoup d'électrochocs et où l'on expérimentait à doses extrêmement prudentes, sous le nom de code 4560 RF, un nouveau médicament qui devait être commercialisé un peu plus tard sous le nom de Largactil - c'est dans ce

cadre improbable que s'est décidée mon orientation analytique, grâce à Jean Guyotat qui était tout jeune chef de clinique et dont j'ai dû être le premier élève.

Après cela, j'ai fait quinze mois d'internat alimentaire dans un hôpital psychiatrique de province qui répondait bien aux normes de l'époque: douze cents malades, trois médecins-chefs (le troisième poste venait juste d'être créé, ce qui avait permis de diviser en deux le service des femmes - mais celui des hommes ne disposait encore que d'un médecin, de surcroît responsable d'un service de sûreté, et il n'était encore pas question de médecins-assistants). Là aussi, on pratiquait encore l'écémage: chaque service disposait alors d'un "pensionnat" où étaient soignés une vingtaine de malades - les autres étaient abandonnés aux infirmiers et surveillants qui ne disposaient alors que d'une formation assez rudimentaire et se sentaient eux-mêmes très délaissés par le corps médical ... Il a fallu que j'arrive, en Janvier 1956, à l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, pour voir qu'avec quelqu'un comme François Tosquelles, on pouvait pratiquer une tout autre forme de psychiatrie.

Vous comprenez que je vous livre ces éléments de son histoire personnelle à titre de vignettes, d'illustrations de ce qu'était la psychiatrie française il y a une cinquantaine d'années. J'ai eu la chance d'être d'une génération qui a vécu, et impulsé dans une certaine mesure, cette profonde transformation de la psychiatrie qui l'a faite passer de l'aliénisme à la situation actuelle, dont la confusion serait celle, me semblait-il, d'une époque de transition. J'ai entrepris mes études de médecine en 1945, immédiatement après la fin de la guerre. Ceci est important, car bien sûr, dans les années qui ont suivi, beaucoup de choses en France bénéficiaient d'un esprit de renouveau; les années de guerre et d'occupation avaient fait coupure et, dans tout le champ social, les réformateurs avaient le vent en poupe. La transformation de la psychiatrie était certes déjà amorcée: j'ai rappelé plus haut que les placements libres dataient des années vingt, que les traitements médicaux commençaient à se répandre en France dès avant la guerre, qu'en 1938 avaient vu le jour et les hôpitaux et les infirmiers psychiatriques ; des consultations ouvertes se créaient dans les dispensaires, on se préoccupait aussi des enfants ... Tout était donc en place pour que la psychiatrie puisse enfin répondre à sa vocation médicale. Mais encore plus important peut-être, dans l'immédiat après-guerre, la psychiatrie française se découvrait une vocation sociale. A vrai dire, cela non plus n'était pas nouveau: dès la fin du siècle dernier, le mouvement hygiéniste tentait en France de combattre les "fléaux sociaux": la lutte anti-tuberculeuse avait par exemple amplement montré l'intérêt d'une politique bien conduite de santé publique et en 1920, la *Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale*, sous l'impulsion d'Édouard Toulouse, engageait la psychiatrie dans cette voie. Mais en 1945, après les espoirs déçus du Front Populaire, après la mise en veilleuse, ou en couveuse, des années de guerre, un véritable activisme s'emparait des esprits. La France allait ainsi se doter d'un régime très avancé de sécurité sociale. C'est dans cette conjoncture que l'avant-garde de la psychiatrie française devait se rallier autour d'un programme de réformes qui élaborait une véritable doctrine et se pourvoyait même d'un nom: c'était la *politique de secteur*.

Évidemment, cette appellation n'était peut-être pas des plus heureuses: elle mettait l'accent sur le découpage géographique, donc sur l'aspect le plus purement administratif de ce programme. C'est d'ailleurs ce qui, à l'usage, s'est révélé le plus

négalif dans cette politique: le découpage en "secteurs" a reconduit dans une certaine mesure à l'extérieur de l'hôpital ce qu'on a pu appeler la *féodalité* asilaire - chaque service, sous l'autorité d'un médecin-chef, se comportant de façon autarcique et entretenant avec ses voisins des relations de rivalité plus ou moins conflictuelles. Des réformes judicieuses ont été récemment introduites à cet égard dans le fonctionnement sectoriel: limitation du mandat des médecins-chefs, par exemple, et redécoupage en unités seront les résultats, car il s'agit de mettre fin à une tradition et des habitudes vieilles de deux siècles, mais à mon avis elles vont dans le bon sens - dans le sens d'ailleurs des intentions des artisans et des prophètes de la sectorisation, qui étaient entre autres de mettre fin au monopole médical au profit d'une psychiatrie plus ouverte, s'assurant d'autres concours que celui des médecins et de leurs collaborateurs immédiats. Ce qui est à craindre, c'est que certaines administrations ne profitent de cette limitation du pouvoir médical pour y substituer le leur propre: cette crainte commence malheureusement à se réaliser très précisément en certains lieux, et il va de soi qu'au regard des promesses essentielles de la sectorisation, la psychiatrie n'a rien à gagner de la substitution d'un pouvoir bureaucratique au pouvoir médical. Quoi qu'il en soit, quel que soit l'attachement qu'on puisse conserver à une expression qui nous a si longtemps servi de bannière, je ne serais personnellement pas fâché qu'on renonce un jour à cette appellation de "psychiatrie de secteur".

Pour les promoteurs et les prophètes de la "sectorisation" il était clair en tout cas dès le départ, il y a donc une cinquantaine d'années, que la nouvelle psychiatrie devait répondre aux impératifs de bon sens: aborder les problèmes au plus près de leur émergence, c'est-à-dire dans le Milieu social habituel du malade - et d'assurer, pendant des années s'il le fallait, la continuité des soins. Ceci impliquait que ceux-ci soient pratiqués avant tout hors de l'hôpital et que l'hospitalisation ne devienne plus qu'occasionnelle et de courte durée. Cet objectif me semble avoir été atteint dans l'ensemble: un peu partout, des structures légères et diversifiées se sont ouvertes en marge de l'hospitalisation traditionnelle, qui s'est considérablement réduite au cours des deux dernières décennies.

La persistance d'un nombre important de vieux malades dans de vieux pavillons d'hospitalisation constitue toutefois encore un facteur d'inertie considérable dans un nombre d'établissements, en immobilisant une partie importante du personnel soignant et surtout en fournissant un prétexte de choix à la routine et au découragement. Il faut dire aussi que l'hospitalisation de longue durée, voire l'hospitalisation à vie, ne se limite plus aux vieux hôpitaux psychiatriques, et que si l'effectif de ceux-ci a fondu depuis quelques temps, c'est aussi parce qu'un nombre important de leurs pensionnaires ont été transférés dans d'autres établissements, tels les Maisons d'Accueil Spécialisées ou, dans les régions rurales surtout, les maisons de retraite.

Nous touchons là un autre aspect de la confusion actuelle: c'est que souvent, dans de nombreux lieux, la psychiatrie nouvelle doit se frayer un chemin à travers les décombres du passé, dont l'héritage est encore très lourd. Tout le monde souhaite probablement disposer de lieux d'hospitalisation à petit effectif, permettant des soins actifs et de courte durée - mais dans la plupart des lieux cet objectif ne peut être atteint qu'en excluant d'une façon ou d'une autre les dizaines de malades chronicisés qui représentent l'héritage de la psychiatrie asilaire. Il y a plusieurs façons d'en arriver là: la plus simple est sans doute de mettre dehors les personnes qui ne

relèvent plus de soins véritables et de faire confiance aux services sociaux et aux organisations caritatives pour s'occuper d'eux; c'est ainsi que les grandes villes on rencontre souvent parmi les clochards et les S.D.F.⁴⁷ des psychotiques avérés qui ont perdu tout contact avec la psychiatrie: à ce qu'on dit, ce phénomène n'a pas atteint en France les proportions qu'il aurait prises en Italie et surtout aux États-Unis, mais il existe incontestablement et témoigne de la difficulté de la psychiatrie française, encombrée de son passé, à se moderniser. Une autre solution, très largement utilisée, est de transférer comme je l'ai dit ces malades vers d'autres structures d'hébergement: on a d'abord utilisé à cet effet, surtout dans les zones rurales, les hospices traditionnels, devenus maisons de retraite, dont certaines arrivaient à compter beaucoup plus de malades psychiatriques que de personne simplement âgées: avec le temps, cette situation se décante peu à peu mais elle subsiste encore çà et là. On pourrait dire d'ailleurs que ce transfert massif de malades d'asile dans les hospices a souvent constitué une des premières réalisations pratiques, avec les consultations du dispensaire, de la psychiatrie de secteur: placer des dizaines de malades dans les hospices du secteur supposait en effet qu'on leur rende visite et surtout qu'on instaure une collaboration avec le personnel de ces établissements; en retour, les soignants psychiatriques qui se rendaient dans les hospices étaient souvent consultés pour des personnes âgées qui posaient quelques problèmes et à qui on essayait ainsi d'éviter l'hospitalisation psychiatrique. Souvent aussi, les soignants psychiatriques ont été à l'origine, avant que cela ne se répande un peu partout, des activités occupationnelles qui sont venues mettre un peu de vie et d'animation dans les maisons de retraite. Bref, il y avait là un véritable embryon de travail "sur le secteur" et pas seulement une caricature de cette forme de travail.

La loi de 1975 sur les handicapés a aussi permis de casser un nombre important de malades asilaires dans ce qu'on a appelé "Maisons d'Accueil Spécialisées". La création de ce type d'établissements a suscité au départ de violentes protestations dans les milieux psychiatriques: on craignait à juste titre qu'il n'y ait là que des "asiles aux rabais", car il s'agissait très explicitement de créer pour ces malades des structures moins coûteuses que l'hospitalisation dite spécialisée. En fait, les M.A.S. me semblent avoir eu dans l'ensemble des effets moins négatifs que ceux qu'on pouvait redouter: le personnel de ces établissements s'est souvent attaché aux malades très handicapés dont il a à s'occuper et fait parfois preuve de beaucoup d'attention et d'invention à leur égard, jusqu'à acquérir une compétence toute particulière en ce domaine. Il ne faut pas oublier qu'à l'hôpital psychiatrique, ces malades chronicisés étaient souvent négligés, pour ne pas dire abandonnés, parce qu'il était plus raisonnable et plus gratifiant de s'occuper en priorité de personnes moins atteintes, sinon plus curables. Dans les M.A.S., les meilleurs d'entre elles tout au moins, le personnel (y compris la direction et d'administration) a eu à cœur de relever de défi qui lui était implicitement lancé, de ne pas devenir des bas-fonds de la nouvelle psychiatrie, où l'on se déchargerait des malades dont on ne sait que faire en les abandonnant à leur sort.

Une autre solution enfin, la plus conforme à l'esprit de la sectorisation, a consisté à loger hors de l'hôpital les malades chronicisés et à leur assurer une assistance et un accompagnement adéquat. Cette solution suppose évidemment que

47. S.D.F.: sans domicile fixe.

le malade dispose au départ d'un minimum d'autonomie, mais d'après mon expérience, ce facteur est très difficile à évaluer et nous avons eu à cet égard bien des surprises, aussi bien en ce qui concerne les succès que les échecs. Cette entreprise est semée d'embûches, elle demande beaucoup de personnel d'accompagnement un banc d'essai incomparable et une remarquable occasion de formation, - une remarquable occasion aussi de se débarrasser des vieilles habitudes hospitalières. Les appartements protégés ont encore beaucoup contribué au développement d'un mouvement associatif entreprenant et dynamique, qui en certain lieux joue un rôle de premier plan dans le traitement et la réinsertion sociale des malades.

*

Je n'ai parlé jusqu'ici que de la psychiatrie d'adulte, n'ayant personnellement plus d'expérience directe de la psychiatrie infanto-juvénile depuis les années soixante, c'est-à-dire depuis l'époque où elle a connu en France une évolution tout à fait remarquable. Parmi tous les facteurs et les circonstances qui ont permis cette évolution, il faut en pointer un qui n'est pas glorieux: c'est que les services hospitaliers de pédopsychiatrie, tels qu'ils existaient à l'époque, ne se trouvaient pas encombrés par leurs échecs - à seize ans, les enfants malades passaient dans les services d'adultes où ils étaient souvent mal acceptés et mal soignés: en tout cas, cette façon de faire contrevenait gravement au principe de la continuité des soins et c'est en grande partie dans les années soixante-dix, à l'initiative de particuliers, tant de "lieux de vie" alternatifs qui ont joué un rôle important dans l'évolution de l'assistance psychiatrique, même si la plupart ont disparu aujourd'hui.

La pédopsychiatrie a donc bénéficié de facteurs conjoncturels favorables qui ont favorisé sa transformation, bien plus spectaculaire que celle de la psychiatrie adulte, au cours des vingt-cinq dernières années. En bien des lieux, le travail des équipes des "inter-secteurs" de psychiatrie infanto-juvénile peut représenter, sinon un modèle, du moins un intéressant précédent pour celles des secteurs adultes. Prédécent en ce sens que l'hospitalisation plein temps, lorsqu'elle existe encore, a pu être réduite dans des proportions considérables: précédent en ce sens que les soignants, par la force des choses, travaillent en collaboration; précédent enfin et surtout en ce sens que s'occuper d'enfants en difficulté, dans le champ psychiatrique, relève à la fois du soin et de la prévention. Il a toujours été dans la vocation de la psychiatrie publique, lorsqu'elle affiche des ambitions sociales, de se préoccuper de prévention et d'hygiène mentale - et cela, les pédopsychiatres et leurs collaborateurs le font quotidiennement sans même avoir à y penser: s'occuper à temps d'un enfant (ce qui implique souvent qu'on s'occupe aussi du milieu familial et social), c'est bien souvent désamorcer les complications ultérieures - et cela, parfois, à relativement peu de frais ; je ne pourrais citer ici plusieurs exemples de situations véritablement pathogènes qui ont été dénouées en quelques semaines par un psychiatre ou un psychologue, avec l'aide éventuelle des services sociaux.

Il y a aussi une raison évidente à cette percée de la psychiatrie infanto-juvénile: c'est que la France, qui était restée longtemps plutôt réticente à l'égard des idées de Freud, est devenue après la guerre une terre d'élection pour la psychanalyse. Ceci est dû pour une grande part à Jacques Lacan, qui compte sans

doute autant d'adversaires que de partisans, mais cette division même au sens du mouvement psychanalytique semble avoir suscité une émulation productive qui a conféré à ce mouvement un grand dynamisme ; de plus, poursuivant en cela dans la ligne de Freud, Lacan a beaucoup dialogué avec les philosophes, les anthropologues, les linguistes, à un moment où le structuralisme brillait en France de tous ses feux, et cela a considérablement élargi l'audience de la psychanalyse. Françoise Dolto, dont l'œuvre est devenue absolument incontournable et inspire peu ou prou, actuellement, la plupart des pédopsychiatres, même s'ils n'ont pas bénéficié personnellement d'une formation psychanalytique. Comme le dit fort bien un psychiatre des hôpitaux, le Dr Michel Potencier, dans le dernier bulletin de l'ordre des médecins, *"qu'on ait fait ou non une analyse didactique ou personnelle, la psychiatrie infanto-juvénile ne peut se passer de l'apport de la théorie psychanalytique. Dans nos thérapies, nous essayons d'utiliser le moins possible la chimiothérapie et de travailler plus sur la relation"*.

En psychiatrie d'adultes, la situation est un peu différente. Il y a eu une époque, dans les années soixante-dix surtout, où la psychanalyse suscitait un tel engouement chez les jeunes psychiatres qu'on pouvait croire que hors d'elle il n'y avait pas de salut. Il faut dire qu'en cette période d'après 1968, il régnait dans les milieux intellectuels un véritable terrorisme gauchiste (trotskiste, maoïste ou althussérien dans le champ proprement politique), et que la radicalisation chez les jeunes psychiatres de la pensée psychanalytique ne faisait que suivre cette pente. On a pu alors faire cette amère et surprenante constatation que la théorie psychanalytique, qui se présentait volontiers dans les médias comme un incomparable instrument de libération, pouvait en fait être mise au service d'un conformisme intellectuel totalitaire et, ce que Freud n'aurait sans doute jamais envisagé, contraindre les gens à se taire en présence du pouvoir analytique. Il n'est pas exagéré de dire qu'en certains lieux, les secteurs de la psychanalyse (qui se réclamaient presque tous de Lacan) ont cassé le mouvement de transformation soignant, consigné par les maîtres du jour dans des tâches occupationnelles et, selon eux, sans aucune valeur thérapeutique. Il ne faut pas s'étonner dans ces conditions si une vive réaction antipsychanalytique s'est ensuivie. C'est que faire de la psychanalyse, être psychanalyste dans un service psychiatrique, cela ne veut pas dire s'enfermer quelques heures par semaine dans son bureau avec quelques malades choisis, et considérer que le reste n'a pas d'importance, puisque la psychanalyse n'y peut rien. Variété distinguée de l'écœurement, asile pas mort - cet épisode nous a du moins appris que de vieilles structures pouvaient se réactualiser sous des masques nouveaux: ouvrons donc l'œil: cela peut encore se produire...

En fait, cette période d'après 1968 a correspondu à une véritable régression de la pensée psychanalytique dans ses rapports avec la psychiatrie. Il faut remarquer que, dès le départ, dans l'immédiat d'après-guerre, les psychiatres progressistes, ceux qui commençaient à prôner la sectorisation, étaient pour la plupart ouverts à la pensée psychanalytique. Il y eut certes un épisode lamentable, dans les années cinquante, où sous la pression de directives venues de Moscou (c'était la grande époque de Janov et de Lyssenko), les psychiatres communistes français, qui étaient nombreux parmi les psychiatres progressistes, se mirent à dénoncer la psychanalyse comme idéologie "bourgeoise" et à exhumer les thèses critiques de Likhail Bakhtine et de Georges Politzer. Mais cela ne dura pas (plusieurs de ces contempteurs de la psychanalyse sont d'ailleurs devenus des analystes de renom), et les artisans de la

sectorisation sont toujours partagés entre analystes et sympathisants de la psychanalyse. Le véritable clivage s'est plutôt fait entre écoles, les lacaniens se regroupant dans le mouvement de "psychothérapie institutionnelle" autour de François Tosquelles et de Jean Oury - ceux de la Société Psychanalytique de Paris autour de Paul-Claude Racamier et de l'équipe du XIII^e arrondissement parisien. Clivage regrettable sans doute, mais à la longue plutôt productif, et qui tend d'ailleurs aujourd'hui à disparaître au profit d'échanges animés fondés sur une tolérance, parfois même une estime réciproques. Il me semble que le dogmatisme est en recul dans ce domaine et que si les psychiatres-psychanalystes en viennent à se reconnaître entre eux, c'est qu'ils font la distinction entre ceux qui ont une pratique institutionnelle effective et ceux qui ne font que jouer avec la théorie. Et comme bien sûr une pratique institutionnelle effective est semée de pièges, de difficultés et de déboires en tous genres, ceci incline à une certaine modestie: bref, on ne pense plus que la psychanalyse aurait réponse à tout, mais on peut constater qu'elle éclaire bien des problèmes, qu'elle évite quelques erreurs et qu'on aurait tort de se passer de son concours.

*

En fait, à travers tous ses tâtonnements et tous ses errements, on pourrait peut-être dire que tout simplement la psychiatrie est toujours à la recherche d'elle-même - en même temps qu'à la recherche de son objet, le malade mental. Pour être plus précis, je pense qu'il en a sans doute toujours été ainsi - que, depuis qu'on parle de psychiatrie (il n'y a pas si longtemps, après tout), on est en quête d'une médecine anthropologique qui ne cesse de scruter l'*humain* (le spécifique, ou l'universel) dans les hommes (le singulier) dont le destin vient à lui échoir. Si j'avais le temps, je parlerais ici plus longuement de la psychiatrie phénoménologique, de l'analyse existentielle, de tout le mouvement impulsé par Binswanger qui sous des formes diverses est toujours assez vivace en France et apparaît même à certains comme un contrepoids opportun à l'approche psychanalytique. Mais Binswanger n'a pas mené à bien son projet, qui était de fonder une psychiatrie anthropologique, c'est plutôt pour avancer ceci: qu'il s'agit là, à mon avis, d'une quête illusoire mais nécessaire et féconde. La psychiatrie, l'idée que nous nous faisons de l'homme et de la folie, subissent évidemment l'évolution de l'idée que se font de l'être humain nos sociétés que la psychiatrie est en crise, c'est bien vu, mais par le petit bout de la lorgnette: la crise de la psychiatrie, cadre d'une crise beaucoup plus générale, celle de notre société bien sûr (ce qui relève d'une difficile et complexe analyse économique-socio-politique) mais aussi celle de l'anthropologie au sens large - je veux dire que l'exercice de la psychiatrie, comme sur un mode voisin celui de la psychanalyse ou sur un autre mode celui de l'ethnographie, ne cesse de poser au plus précis de son malaise cette question inépuisable, où viennent se superposer le singulier et l'universel: "*Qui suis-je, moi, un homme, un être humain?*"

Soyons pratiques, surtout lorsque nous embrassons d'aussi vastes horizons. Ce "*qui suis-je ?*", on pourrait tout aussi bien le formuler "*que suis-je ?*" Pour le dire vite, ce dont il s'agit en pratique psychiatrique, c'est d'abord de maintenir ouverte la question du sujet dans un monde de plus en plus infiltré par l'objectivation et la quantification des sciences de la nature. Ce dont il s'agit, c'est de pleinement assumer, car la psychiatrie en est un des terrains privilégiés, les contradictions qui travaillent la médecine - d'en assumer pleinement l'inconfort. Nous savons depuis longtemps qu'en matière de relations humaines la psychiatrie jouit souvent d'une certaine expérience, qu'elle dispose en général d'une certaine avance à cet égard

sur les autres disciplines médicales, et qu'elle a en toute modestie deux ou trois choses à leur enseigner. On peut aujourd'hui aller un peu plus loin et dire que, si la psychiatrie a beaucoup à tirer des sciences médicales, ce que personne ne peut sérieusement contester, en retour la médecine a beaucoup à apprendre d'elle en matière d'éthique, et l'on sait combien l'avancée de la médecine scientifique soulève de problèmes, de graves problèmes, en ce domaine.

Francis Jeanson, dans *"La Psychiatrie au tournant"*, a parfaitement défini cette exigence éthique. Il lui donne un nom qui a fait mouche, on l'affiche même parfois avec une certaine coquetterie: c'est une *éthique du sujet*. Éthique impliquant au premier chef *"une considération plus théorique sur le malade mental en tant que sujet ainsi que sur la nature du savoir et de la recherche dans le champ psychiatrique."* Mais on peut l'entendre bien au-delà: *"il s'agit avant tout, écrit l'auteur, d'un problème socio-culturel, à la solution duquel chaque citoyen peut contribuer: en s'efforçant précisément de récupérer la plénitude de sa citoyenneté, en retrouvant le goût d'une action transformatrice de son environnement."*

A relire ces lignes, écrites il y a plus de dix ans, il me semble que l'essentiel y était déjà dit. L'essentiel, c'est que cette éthique du sujet ne se soutient pas de principes à priori, ce n'est ni une morale ni un humanisme - sinon les ministres, les hauts fonctionnaires, les responsables politiques pourraient aussi bien le faire. Mais, même lorsqu'ils sont sincères, même si nous pouvons éventuellement tisser avec eux des liens de coopération, voire d'amitié, ils demeurent à distance de nos pratiques concrètes - tout comme d'un autre côté les philosophes, les sociologues, les spécialistes des sciences de l'homme dont nous n'avons pas pour autant à négliger l'apport. Francis Jeanson est d'ailleurs lui-même philosophe, mais par le biais de la formation des soignants il s'est immergé pendant des années dans le mouvement psychiatrique et c'est en homme de terrain qu'il en parle.

Il le dit d'ailleurs clairement: cette *éthique du sujet*, c'est une pratique qui cherche à se conceptualiser, c'est une théorie *in progress*, en chantier, toujours en cours d'élaboration, qui au fur et à mesure de ses avancées et de ses erreurs informe et transforme la pratique - c'est une recherche exigeante et difficile. Comment pourrait-il en être autrement alors que le statut du sujet demeure encore si confus, après tous les débats dont il a été l'enjeu chez les linguistes, les philosophes, les psychanalystes ? Que nous nous trouvions, dans notre pratique courante, à l'une des pointes de cette recherche, il suffit pour s'en convaincre de poser ces questions simples: qu'en est-il de la subjectivité avec un psychotique délirant, avec un autiste, avec un aphasique ? Je ne dis pas: "Qu'en est-il du sujet chez un psychotique?", mais "qu'en est-il de la subjectivité avec ... ?", car c'est bien aussi notre propre subjectivité qui s'éprouve ici, notre capacité d'accueil, l'aventure de chaque rencontre, - c'est bien toute notre pratique concrète avec l'autre (et pas seulement le "malade mental") qui se trouve mise en question, jusque dans ses implications culturelles, politiques, institutionnelles.

*

Il y a quelques cinquante ans, on commençait donc à rêver sérieusement, en France, de ce que pourrait être une psychiatrie ouverte qui aborderait la maladie mentale et tenterait de la traiter dans son milieu naturel, c'est-à-dire social - qui

n'hésiterait pas à travailler ce milieu, à le faire évoluer dans la perspective du soin comme dans celle de la prévention, ce qui impliquerait évidemment une véritable collaboration, non exempte de conflits, avec de multiples acteurs sociaux. Chose extraordinaire, ce rêve a fini par se réaliser ! Enfin, presque: je veux dire que les conditions de sa concrétisation se trouvent aujourd'hui à peu près réunies et que, là où l'on s'est donné la peine de pratiquer cette "psychiatrie de secteur", elle a amplement fait la preuve de sa validité et de ses possibilités. Bien sûr, le contexte socio-économique n'est plus le même qu'en 1950 - bien sûr les mœurs ont évolué, nos représentations de l'homme, de la maladie, de la société se sont notablement transformées - de nouveaux "fléaux sociaux", imprévisibles il y a cinquante ans, sont venus doubler les anciens ou se substituer à eux... Tout cela fait qu'en cette fin de siècle, où les désillusions inclinent à un certain cynisme, la mission de service public que s'assignaient au départ les prophètes du secteur peut prêter à sourire. Ceci n'est peut-être pas plus mal: dans la mesure où le "traitement moral", corollaire de l'institution asilaire, érigeait le psychiatre en Idéal du Moi, détenteur des Lumières et représentant d'une Raison universelle dans le monde de la folie, il est préférable, me semble-t-il, que le psychiatre sectorisé ne se sente pas chargé de mission par on ne sait trop quelle instance transcendante.

Il reste que la fin de l'aliénisme, aujourd'hui à peu près consommée, nous laisse devant une alternative que l'on peut aisément schématiser. Ou bien, dans une optique scientiste, on s'évertue à objectiver et à quantifier l'homme et sa maladie - et on ne sort pas en fait de la tradition aliéniste. Ou bien, sans se priver de l'apport des sciences médicales, on en évite le réductionnisme et on considère les autres (pas seulement le malade) comme d'autres *sujets*: on se dote ainsi d'une *éthique*, car bien sûr il ne saurait y avoir de *science* du sujet. Il faut alors s'attendre à devoir remettre en question tout ce que nous avons appris: non que tout soit à rejeter, loin de là, mais tout est à revoir dans les conditions inédites où s'exerce cette nouvelle psychiatrie. L'expérience que nous en avons déjà, qui est loin d'être négligeable, montre bien en effet que les choses s'y présentent de façon souvent inattendue, que les difficultés rencontrées ne sont pas toujours celles qu'on redoutait, que des questions surgissent qu'on ne s'était jamais posées - bref, il y a toute une pratique à inventer et à élaborer, qui risque, qui plus est, d'être sensiblement différente suivant les lieux, car elle n'a plus affaire à des hommes abstraits, mais à des gens vivant dans un milieu concret, avec son histoire et ses particularités locales ... Il s'agit en somme d'une psychiatrie de la diversité, ce qui veut dire qu'elle ne peut guère se doter de *modèles* mais que son progrès repose sur des *échanges*. C'est d'ailleurs pourquoi j'ai volontiers accepté l'invitation du professeur Werner, car il me semblait que c'était bien dans cette perspective que se situait notre rencontre d'aujourd'hui.

Roger Gentis
Février 1998

Hommage au Docteur Bernard Lafond, 1934-1994.

Hôpital de Thouars. Lundi 12 février 2001

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes réunis en cet instant pour honorer le mémoire du Dr Bernard LAFOND. en donnant son nom aux unités psychiatriques de l'hôpital de Thouars.

Mme Annick LAFOND m'a demandé de prononcer quelques mots, pour évoquer son mari. Je l'en remercie. J'ai connu Bernard LAFOND alors que jeune médecin des hôpitaux je cherchais mon premier poste. C'est ainsi que je fis connaissance fin octobre 1973 de celui qui allait devenir mon chef de service et plus tard un ami. Je le rencontrai, entre deux consultations, au dispensaire de la rue Voltaire. Chaleureusement accueilli et immédiatement "embauché" malgré mon jeune âge, (j'avais alors 29 ans), et mes cheveux longs, il me donna carte blanche pour combattre la folie sur le secteur de Bressuire.

Bernard LAFOND avait accepté comme psychiatre départemental, c'est comme cela qu'on disait, de venir pratiquer la médecine psychiatrique, seul praticien de cette spécialité sur le vaste territoire du Nord Deux-Sèvres. Il lui fallut créer de toutes pièces, en 1969, une implantation et induire une dynamique de soins sur un site qui n'y était pas préparé. Cela n'alla pas sans difficultés mais Bernard LAFOND y " croyait " et se mis à la tâche. Il me raconta souvent, par exemple, comment à ses débuts, l'administration ne pouvant mettre de bureau à sa disposition, on lui avait aménagé un local dans la lingerie de l'hôpital. Heureusement, la solitude n'était pas totale, aidé qu'il était par une petite équipe infirmière dont certains éléments, et cela me paraît remarquable, avaient accepté de le suivre jusque sur ces terres, venant de l'Essonne où ils l'avaient connu comme interne puis comme médecin-assistant au centre hospitalier psychiatrique Barthélémy Durand.

Bernard LAFOND, **né le 3 avril 1934**, avait commencé des études de médecine à Alger puis s'y était initié à la psychiatrie, et y avait connu quelques grands noms de notre discipline tels que Porot et Sutter. Ses études terminées à Bordeaux, son goût pour la psychopathologie s'était précisé et il décida de faire carrière comme médecin des hôpitaux psychiatriques ;

A la fin des années soixante et au début des années soixante-dix, la pratique psychiatrique publique était largement soutenue par un certain idéal social et politique qui se concrétisait dans une doctrine: la psychiatrie de secteur. Bernard LAFOND élevé dans des valeurs chrétiennes catholiques et un idéal de service, patriotique et militaire, fit sienne naturellement cette approche de la

souffrance psychique, tant dans sa dimension médico-psychologique que dans sa dimension socio-culturelle; mais il le faisait à sa manière, avec cette distance souriante et bienveillante qui le préservait des enthousiasmes peu réalistes dans lesquels je dérapais, moi-même parfois.

Sur un terrain peut-être n'était-il pas complètement à l'aise: celui de la psychanalyse: je crois qu'il a toujours été vivement intéressé par l'approche intime des phénomènes psychiques comme seule la psychanalyse peut le permettre, mais son parcours existentiel ne lui a pas laissé la possibilité d'y investir le temps, l'argent, les forces nécessaires. Je pense qu'il en avait gardé longtemps un regret douloureux mais caché.

A ces côtés, comme son adjoint, puis rapidement comme chef du secteur de Bressuire, j'ai vécu cinq années d'un grand bonheur professionnel, sans le moindre conflit, même si nos styles médicaux étaient différents.

Nous faisons la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie, la lutte contre l'alcoolisme et les maladies mentales, avec plaisir et j'espère avec un certain succès. Nous nous déplaçons dans la campagne, avec la deux-chevaux de service, pour des visites au domicile des patients et des familles, nous poussions à la création d'un centre d'animation sociale, nous animions des soirées ciné-club, par exemple autour du film *Family Life*⁴⁸, pour mieux faire connaître la psychiatrie et la montrer sous un angle moins effrayant, nous assurions la formation des équipes infirmières, ainsi que des interventions dans les lycées et institutions, au CMPP⁴⁹, etc.

Il y avait quelque chose d'une ivresse dans notre pratique – qui souvent suscitait un certain effarement de nos directeurs, du conseil d'administration (je me souviens d'une certaine rencontre avec monsieur V) effarement aussi chez nos collègues médecins à la CME⁵⁰ de l'époque - qu'il me soit permis d'exprimer à ces confrères mon cordial souvenir- Ivresse dont je garde une profonde nostalgie. Nous faisons une psychiatrie qui avait du goût !

Ce puissant mouvement de vie qui nous animait fut rendu possible parce que le personnel infirmier et nous-mêmes nous sentions très proches. Je ne citerai pas de noms car je craindrais d'en oublier mais ils sont encore très présents à ma mémoire, même si certains ont hélas disparu et je voudrais en votre présence leur dire mon estime et les assurer de mon fidèle souvenir.

48. *Family Life*: film de Ken Loach, 1971, qui traite de l'entrée dans la schizophrénie d'une jeune fille issue d'une famille conservatrice et étouffante. D'abord prise en charge dans une structure novatrice, elle en est retirée par ses parents et internée dans un hôpital asilaire où elle sombre dans la psychose. Le film s'inspire de l'orientation antipsychiatrique de Ronald LAING et David COOPER. Il traite de l'influence d'une problématique familiale qui, privant l'individu de tout libre arbitre, le conduit à la schizophrénie, et il montre un système psychiatrique qui, ignorant l'aspect relationnel et l'influence du milieu pour se limiter aux traitements médicamenteux et aux électrochocs, enferme inéluctablement les patients dans la folie.

49. CMPP: Centre Médico Psycho Pédagogique.

50. CME: Commission médicale d'établissement.

Le découplage voulu par le législateur entre le corps médical et le personnel infirmier, la disparition du corps des infirmiers psychiatriques sont je le pense des coups mortels à la psychiatrie de secteur dont il ne reste plus maintenant que les apparences; l'esprit en est mort et les générations montantes de soignants psychiatriques me paraissent passer plus de temps à cocher sur le papier les grilles de Virginia Henderson qu'à vivre authentiquement auprès des malades.

D'autres diront, sans doute, comment Bernard LAFOND a poursuivi son œuvre – je suis parti de Thouars. en 1978 - par exemple l'ouverture d'un appartement thérapeutique, d'un hôpital de jour, d'un dispensaire à Airvault, etc., sans parler de son action comme président de la commission médicale d'établissement...

Aussi, je voudrais, à ce moment, quitter ce rappel en forme de nécrologie – sans tristesse cependant - pour, si vous me le permettez, Mesdames, Messieurs, Annick, changer de manière, sur un ton plus personnel cette fois:

Je m'adresse à toi Bernard et je voudrais dire le trouble que je ressens, là, évoquant le médecin que tu étais. L'image du collègue s'estompe et c'est l'homme, l'ami qui s'avance: et cet homme que tu as été est digne et force le respect.

Homme tu as été, homme tu as aimé, homme tu as souffert. J'ai connu Anne, je connais vos enfants. D'Anne j'ai connu les souffrances et les troubles. Que sa présence tragique nous accompagne quelques instants, sans crainte...

Tu as aimé tes enfants, tu m'en parlais souvent, je te parlais des miens. Que Thierry, Marie-Thérèse, Patrick, Dominique, François, Hélène, sans oublier Natacha, veuillent bien accepter mes salutations sincères.

Tu as traversé, avec un courage admirable, ces épreuves, trouvant encore suffisamment de force de vie pour que triomphe l'amour, auprès de ta femme Annick, l'assumant, tous les deux, crânement.

C'est alors que le destin te rattrape et que le cancer te frappe. Là encore ta fermeté d'âme est rayonnante. Tu n'ignores rien de la maladie qui t'envahit ; tu vis et travailles pleinement ; tu souris; tu luttas pied à pied, soutenu sans défaillance par Annick et tu nous quittes sans bruit, presque doucement comme pour ne pas nous déranger ce 26 juillet 1994. Tu n'étais pas un donneur de leçons, Bernard ; mais sois assuré que nous nous souvenons de ton exemple.

Revenons à la cérémonie qui nous rassemble: il me paraît juste et bon que ces unités psychiatriques portent le nom de Bernard LAFOND. Les Autorités administratives et sanitaires, les élus, les médecins, les personnels, les amis qui ont proposé ce nom ont été bien inspirés. Nous sommes nombreux à nous en réjouir.

Fondateur de la psychiatrie publique dans le Nord Deux-Sèvres, le docteur LAFOND. n'a pas cherché les honneurs.

C'était un psychiatre du rang, un de ceux qui, dans la discrétion, jour après jour, le payant parfois de leur vie ou de leur équilibre mental, offrent une permanence d'écoute humaniste et des traitements psychiques, en particulier pour les plus démunis et les plus exposés des patients: les malades psychotiques. **Docteur Bernard LAFOND, cher collègue, ami, tu es ici chez toi. Nous te saluons.**

Mesdames, Messieurs, je vous remercie.

Docteur Jean-Pierre VERRIER

Remake des "Dix Petits Nègres": Enquête sur les facteurs de mortalité et de morbidité en milieu hospitalier et propositions pour en sortir

(2003, révision 2020)

Cette histoire rappelle celle du livre d'Agatha Christie, *Les Dix Petits Nègres*, à cette différence près qu'il ne s'agit pas d'un roman, mais qu'elle se situe dans la vie réelle. Elle n'a pas pour décor un lieu de vacances, mais le centre psychothérapique d'un petit hôpital public de province. Ses acteurs ne sont pas des statuettes ni des invités, mais des soignants. Ils ne sont pas dix, mais quinze. (octobre 2003). Il y a des morts, mais, comme dans le roman policier, à priori pas d'assassin.

Entre 1981 et 2003 Annie B, infirmière, a été retrouvée pendue chez elle. Puis Pascal D., infirmier, est mort d'une overdose de médicaments. Marc C, infirmier, s'est ensuite jeté sous un camion, Serge T, médecin, est mort également d'une overdose de médicaments, ainsi que Jean-Pierre et Renée E., un couple d'infirmiers. Jean-Jacques C, infirmier, s'est tué dans un accident de deltaplane, Ariel G, psychologue, a été retrouvée morte chez elle (cause inconnue). Emilie B, infirmière, est morte d'une leucémie, Thierry B, infirmier, du sida, Roger T, surveillant, d'une pancréatite aiguë foudroyante, Bernard L, médecin, soigné pour un cancer depuis plusieurs années, d'une embolie, Nanou C, infirmière, d'une tumeur au cerveau, Marie-Claude D, infirmière (2002), d'un cancer ainsi qu'Alain B, infirmier et mari d'Emilie (2003).

Sans compter les gens actuellement vivants(2003) ayant été soignés pour des cancers (une infirmière, une surveillante, un médecin) et pour dépression (6 infirmiers, une surveillant, une surveillante) sur un effectif d'une centaine d'infirmiers.

Le médecin du travail qui suivait cet hôpital et connaissait bien le personnel dont elle était appréciée, a fait ce qu'elle a pu dans le cadre de ses fonctions, puis a fini par démissionner il y a deux ans. Elle vient juste d'être remplacée.

J'ai travaillé comme infirmière dans ce centre dont je suis partie en 1991 après quinze années de bons et loyaux services, confrontée à l'incapacité d'effectuer le travail pour lequel j'avais été formée et pour lequel j'étais rétribuée.

Sur la base des données dont je disposais, j'avais tiré la conclusion que nous étions prisonniers d'un système de contrôle. Durant plusieurs années j'avais tenté d'influer sur la situation de l'intérieur, en mettant sur pied, à la demande de mon médecin chef et du directeur d'alors, des conditions de soins vivables, qui s'étaient révélées efficaces et avaient été bien accueillies des patients, mais m'avaient valu les foudres de ma hiérarchie trois ans plus tard, ces mêmes résultats ayant été considérés comme "remettant en cause toute l'institution". Confrontée à une incompatibilité entre le bien-être des patients et la structure de l'administration auxquels ils étaient confiés, j'avais dans un deuxième temps utilisé le terrain pour étudier de l'intérieur un système de contrôle et y expérimenter in vivo un ensemble de stratégies permettant d'y insérer des portes de sortie non prévues par ce système. Puis ma présence dans l'établissement n'ayant plus lieu d'être, j'ai démissionné.

L'attitude du public sur les professionnels de psychiatrie repose sur quelques idées préconçues selon lesquelles le contact avec la folie serait moralement

éprouvant et entraînerait une fragilité psychique. Ce taux de mortalité, qui éveillerait des interrogations dans un autre milieu, est imputé aux individus eux-mêmes, à une fragilité inhérente à leur nature, et considéré comme "normal", ce qui permet d'éviter toute réflexion sur cette hécatombe.

Or depuis un certain nombre d'années, on assiste au même phénomène dans d'autres services publics, particulièrement au sein des forces de l'ordre, qui n'ont pas du tout la même image.

Alfred Korzybski: "Un homme est un tout psycho-somatique dans son milieu qui le pénètre et auquel il réagit."

A ce point il me semble important d'examiner le contexte dans lequel se situent ces morts: qu'en est-il aujourd'hui ? En raison du manque de personnel, la situation est devenue ingérable et un syndicat vient de publier le texte suivant (2003)

SOINS PSYCHIATRIQUES

EN DANGER AU SECTEUR IV

Aujourd'hui le secteur de psychiatrie adulte de T. n'a plus les moyens humains de prendre en charge, comme il se doit, les patients, aussi bien en intra-hospitalier, qu'en extra hospitalier.

La non-gestion par notre administration des absences du personnel infirmier (départ à la retraite, maladie, congé maternité, accident ...) entraîne depuis un mois l'arrêt presque complet des soins spécifiques au secteur Psy.

Notre direction ne nous propose que le remplacement de trois postes sur les 13 manquant, évoquant les difficultés financières de notre établissement, dont en aucun cas la psychiatrie est responsable.

Mais les démarches de recrutement n'ont débuté que cette semaine sous la pression de notre syndicat et du personnel. cette situation est intolérable pour les soignants, les patients et leurs familles.

Le personnel malgré sa bonne volonté ne peut plus assurer que le minimum, mais en aucun cas l'ensemble des soins que les patients sont en droit d'attendre. La psychiatrie subit de plein fouet les restrictions budgétaires des hôpitaux, et on est en droit de se demander si cela n'est pas une volonté délibérée de la faire disparaître.

Née dans les années soixante-dix, la psychiatrie locale faisait, à l'ouverture du centre psychothérapique en 1973, figure d'avant-gardiste: services ouverts, pas de chambre de contention, un personnel satisfaisant, et des élèves non inclus dans les effectifs. Cette situation était due aux deux médecins chefs responsables chacun

d'un secteur, qui travaillaient en bonne entente et avaient à cœur de mettre sur pied une pratique respectueuse des patients⁵¹.

Dans les années quatre-vingt, la fermeture des centres de formation puis la réduction des lits (de 25 à 20 par unité) ont entraîné des réductions d'effectifs qui n'ont fait qu'augmenter. Le ministère de Jacques Ralite permit des avancées: le personnel avait carte blanche pour monter des projets, les directeurs d'hôpitaux (en tout cas celui qui était en poste à l'époque) n'étaient pas seulement des administratifs, mais encourageaient les objectifs soignants et donnaient les moyens matériels de les réaliser.

Avec l'apparition du "dossier de soin" censé faciliter la prise en charge des patients, les infirmiers se sont retrouvés avec une masse de paperasserie quotidienne à remplir: annotations sur les dossiers de soins en plus des transmissions journalières des cahiers de rapport, censées être utilisées à des fins de sacro-saintes statistiques. Sur le plan thérapeutique, un contenu d'une pauvreté navrante: cases à cocher, notes limitées à quelques phrases, une forme rendant impossible la rédaction d'informations et d'analyses aussi complète et personnalisée que sur les anciens dossiers.

Les changements structurels survenus dans la profession (ouverture d'écoles de cadre pour les surveillants) ont entraîné un changement dans les relations internes au personnel: de soignants qu'ils étaient auparavant, les surveillants se sont transformés en administratifs et en professionnels de l'autorité.

Privés du personnel pour les faire fonctionner, les services d'activités (restaurant, cafétéria, ateliers divers, appartements thérapeutiques, etc.) ont disparu.

Alors qu'auparavant la fonction de la psychiatrie consistait à répondre aux besoins des hospitalisés, elle s'est un beau jour complètement déconnectée de ceux-ci, sa nouvelle fonction consistant à « faire des économies ». Les patients et le personnels sont devenus de simples objets de ce mode de gestion, et ceux faisant figure de grains dans la machine ont été mis de côté: piratage du travail soignant, harcèlement moral, contrôles disciplinaires accrus: tous les trois mois chaque infirmier doit subir une "évaluation"⁵²: il est reçu pendant une heure par un surveillant et le surveillant chef, une note lui est attribuée ainsi qu'une annotation, censée le maintenir toujours sous pression, sous la menace de sanctions diverses, et au pire, d'une mutation.

Parallèlement, pour dissuader les gens de partir, a été mis en place un ensemble de restrictions à l'exercice du métier⁵³.

Alors qu'auparavant les différents échelons de la hiérarchie travaillaient ensemble sur la base des mêmes objectifs soignants, sous l'impulsion du médecin-chef, celui-ci a été assujéti aux administratifs, et départi de son pouvoir de décision quant à la nature des soins prescrits, ceux-ci devant d'abord passer par le filtre de l'administration avant d'être acceptés, toujours sur la base d'objectifs comptables. Il

51. Voir le chapitre *Hommage au Docteur Bernard L.*

52. Voir l'enregistrement de l'une d'elle au chapitre *Evaluation* (1990).

53. Voir l'article [Pénurie d'infirmières: un phénomène planifié sur le long terme](http://semantiquegenerale.free.fr/1infi1.htm) <http://semantiquegenerale.free.fr/1infi1.htm>.

n'a plus non plus droit de regard sur le personnel infirmier qui dépend à présent des seuls administratifs.

Parallèlement est insufflée par les écoles de cadres une idéologie corporatiste opposant le pouvoir infirmier au pouvoir médical, destinée à désolidariser les différents membres des équipes soignantes.

L'hôpital est devenu un affrontement d'objectifs devenus antagonistes: d'une part l'objectif soignant, et d'autre part l'objectif économique, ce dernier ayant tout pouvoir sur le premier.

Ce processus ne s'est pas limité à cet hôpital: il est responsable de l'hémorragie du personnel infirmier.

Les surveillants qui ne se sont pas coulés dans le moule de l'école des cadres se sont vus mis à l'écart, sanctionnés, et soumis au même harcèlement que les infirmiers jusqu'à ce qu'ils se retrouvent en longue maladie ou changent de voie professionnelle.

Nous en sommes ainsi arrivés à cet état de fait incroyable qu'une partie du personnel, l'administratif, est sciemment payée pour détruire l'autre, le soignant, ceci à grand frais d'années de formations onéreuses, de centaines d'heures passées en réunions, en évaluation et entretiens disciplinaires, d'arrêts maladie qui n'auraient jamais eu lieu hors de ce contexte, et qui viennent ajouter au déficit de la sécurité sociale. Sans compter également les conséquences sur le plan social, où des patients qui auraient autrefois bénéficié d'une prise en charge psychologique digne de ce nom se voient renvoyés dans leur milieu au bout de quelques jours en raison du manque de lits d'hospitalisation, sans que les conditions de vie qui les avaient amenés en psychiatrie aient changé d'un iota.

Bien évidemment, l'augmentation de personnel administratif a été proportionnelle à la baisse des effectifs soignants. Ce nouveau système, qui est en fait ruineux, permet de douter de l'objectif avancé pour le justifier, les sources d'économies. S'il permet effectivement d'économiser à court terme, il se solde par des dégâts humains et sociaux considérables.

Harcèlement moral

Le phénomène a acquis une telle ampleur que la médecine du travail lui consacre maintenant des dossiers spécifiques. Les pathologies qu'il engendre, meurtrières, viennent s'ajouter aux maladies professionnelles déjà existantes.

Voici un document édifiant trouvé dans la documentation destinée aux médecins du travail sur internet: <http://christian.crouzet.pagesperso-orange.fr/smpmp/images-SMT/Harcèlement.pdf>

Eléments d'orientation pour la consultation liée à un HARCELEMENT moral

S E R V I C E d e P A T H O L O G I E P R O F E S S I O N N E L L E

Cette trame comprend un descriptif schématique des techniques de harcèlement et du tableau clinique des victimes psychiques.

1 □ **Techniques de harcèlement: isoler, humilier, maîtriser, punir, disqualifier:**

Techniques relationnelles: la relation de pouvoir

- tutoyer sans réciprocité,
- couper la parole,
- niveau verbal élevé et menaçant,
- absence de savoir-faire social (ni bonjour, ni au revoir, ni merci),
- critiques systématiques du travail ou du physique,
- injures publiques, sexistes, racistes,
- absence de communication verbale (post-it, note de service),
- siffler le salarié,
- regarder avec mépris,
- bousculer,
- frapper.

Techniques d'isolement du salarié: la désaffiliation du groupe d'appartenance

- séparation du collectif de travail par changement d'horaires de table,
- omission d'information sur les réunions,
- injonction aux autres salariés de ne plus communiquer avec la personne désignée,

Techniques persécutives: la surveillance des faits et gestes

- contrôle des communications téléphoniques par ampli ou écoute,
- vérification des tiroirs, casiers, poubelles, sacs à main du salarié,
- contrôle de la durée des pauses, des absences,
- contrôle des conversations et des relations avec les collègues,
- obligation de laisser la porte ouverte " pour que je vous voie ",
- enregistrement, notations sur un cahier.

Techniques d'attaque du geste de travail: les injonctions paradoxales: la perte du sens du travail

- faire refaire une tâche déjà faite,
- travailler par terre,
- broser le sol avec une brosse à dents,
- corriger des fautes inexistantes,
- définir une procédure d'exécution de la tâche et une fois qu'elle est exécutée, contester la procédure,
- déchirer un rapport qui vient d'être tapé car devenu inutile,
- exiger de coller les timbres à 4 mm du bord de l'enveloppe en s'aidant d'une règle,
- donner des consignes confuses et contradictoires qui rendent le travail infaisable et qui poussent à la faute,
- faire venir le salarié et ne pas lui donner de travail sans local d'attente.

Techniques d'attaque du geste de travail: la déqualification du poste: la mise en scène de la disparition

- supprimer des tâches définies dans le contrat de travail ou le poste de travail et notamment des tâches de responsabilités pour les confier à un autre sans avertir le salarié,
- privation de bureau, de téléphone, de PC,
- armoire vidée, coiffeuse,
- enlever le dispatching des patients à une surveillante d'étage,

- faire faire des sandwiches à un chef de station-service.

Techniques d'attaque du geste de travail: la surcharge du poste de travail: la rédition émotionnelle par hyperactivité

- fixer des objectifs irréalistes et irréalisables

- faire faire des shampoings à une

entretenant une situation d'échec, un épuisement professionnel et des critiques systématiques,

- déposer les dossiers urgents 5 minutes avant le départ du salarié.

Techniques punitives: mettre le salarié en situation de justification

- notes de service systématiques hors dialogue pour tout événement (jusqu'à plusieurs par jour),

- utilisation de lettre recommandée avec AR,

- avertissements montés de toutes pièces,

- heures supplémentaires non payées,

- indemnités d'arrêt de maladie non payées,

- vacances non accordées au dernier moment,

- horaires de table incohérents.

2 - Tableau clinique des victimes de harcèlement moral

1. Première phase d'alerte dite de "tenir"

- asthénie globale, ennui,

- repli social,

- silence injustifié,

- hypervigilance défensive,

- anxiété latente ou manifeste,

- troubles du sommeil,

- augmentation de la prise de psychotropes, d'alcool.

2. Deuxième phase dite de décompensation: en 2 temps

Premier temps: tableau clinique superposable à l'état de *stress post traumatique*:

(le sujet a été exposé à un ou des événements traumatiques dans lequel il a vécu une menace pour son intégrité physique et/ou **psychique** avec réaction de peur ou d'impuissance).

- souvenirs répétitifs des scènes violentes, d'humiliation provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées, des perceptions,
- angoisse, détresse psychique, déclenchées par une perception évoquant ou ressemblant à un aspect des scènes traumatiques,
- affects de peur ou de terreur sur le chemin du travail, état de qui-vive (hypervigilance anxieuse),
- anxiété paroxystique ou diffuse et permanente avec manifestations physiques: tachycardie, tremblements, sueurs, boule œsophagienne
- rêves répétitifs des scènes traumatisantes, cauchemars intrusifs,
- réveils en sueurs,
- insomnie réactionnelle,
- affects dépressifs,
- désarroi identitaire, perte des repères moraux (le bien et le mal, le vrai et le faux, le juste et l'injuste),
- sentiment de culpabilité, position défensive de justification,
- perte de l'estime de soi, sentiment de dévalorisation, de perte des compétences, d'échec,
- restriction de la vie sociale et affective (diminution des intérêts, détachement),
- pleurs fréquents,
- répression de l'agressivité réactionnelle,
- troubles cognitifs: attention, concentration, mémoire, logique,

- atteintes somatiques: perte ou prise de poids, décompensation psychosomatique progressive, de gravité croissante,
- raptus suicidaire.

Deuxième temps: décompensation structurelle

- dépression grave,
- bouffée délirante aiguë,
- paranoïa,
- décompensation psychosomatique,
- conduites de dépendance (alcool, psychotropes, trouble des conduites alimentaires...).

Article L.122-49: Aucun salarié ne doit subir les **agissements répétés de harcèlement moral** qui ont pour **objet** ou pour **effet** une **dégradation des conditions de travail** susceptible:

- de porter **atteinte à ses droits** et à sa **dignité**,
- d'**altérer sa santé physique** ou **mentale** ou
- de **compromettre son avenir** professionnel....

Ce document permet de constater que les médecins du travail se trouvent ici face à une stratégie de destruction des individus volontairement planifiée. Le but ici n'est pas de faire des économies, il est d'arriver aux conséquences de ces stratégies diffusées par les écoles de cadre, conséquences décrites et parfaitement connues, qui reviennent à éliminer les gens purement et simplement, en les mettant devant l'alternative suivante: mourir ou partir. Ce dont il est question ici est d'extermination invisible.

Parallèlement, les recours des intéressés face à ces agressions psychiques, qui sont en théorie illégales, représentent un parcours du combattant: en cas de harcèlement, le harcelé doit obtenir le consentement de la direction de l'établissement pour poursuivre le harceleur, ce qui est absurde, puisque ce dernier agit avec le cautionnement de la direction: "**La procédure pénale peut être engagée si, en application de l'article 11, alinéa 3 du titre 1er du statut général des fonctionnaires, l'administration dépose plainte contre l'auteur du harcèlement, aux côtés de la victime, en invoquant le nouvel article 222-33-2 du code pénal. Pour ce faire, le Directeur, représentant légal de l'établissement, doit être autorisé à ester en justice par le Conseil d'administration (art. L. 6143-1, 16° du code de la santé publique).**

En cas de dépôt de plainte par la victime, l'administration pourra s'y associer et devra prendre à sa charge le remboursement des honoraires et des frais de procédure. Pour ce faire, elle devra néanmoins avoir donné son accord préalable pour l'engagement des poursuites pénale" (Philippe Jean pour l'ANMTEH)

Quant aux syndicats, leurs représentants sont la plupart du temps les surveillants (cadres de santé) qui sanctionnent le personnel.

Tout est conçu pour que ce qui est officiellement interdit au niveau légal soit implicitement permis, officialisé et non réprimé dans les faits. Il existe une règle, mais elle est truquée, une législation, mais elle est faite pour être détournée. Dans un contexte obligeant les agents à multiplier les heures supplémentaires, le nombre de celles-ci s'accumule. Additionnées aux RTT (réduction du temps de travail depuis les 35 heures), elles se comptent en centaines d'heures par agent, jamais récupérées et jamais payées. Effectivement, contraindre les gens à travailler gratuitement permet de faire des économies, mais depuis l'abolition de l'esclavage, il existe des lois pour mettre des limites à ce genre de comportement.

Questions

1. Comment des gens qui traitent ainsi le personnel peuvent-ils se prétendre aptes à prendre des décisions en matière de santé publique et se voir confier la responsabilité de la vie des citoyens ? Les conséquences sur les patients sont dramatiques: impossible à un personnel épuisé physiquement et psychologiquement, contraint de courir sans arrêt, de travailler de façon "thérapeutique": elles engendrent des maltraitances qui n'auraient pas lieu dans un autre contexte et banalisent le mépris de la personne humaine. Les cadres de santé qui les traduisent dans les faits au niveau des services constatent ces conséquences dans la mesure où ils y sont confrontés en permanence. Ils ne peuvent prétendre les ignorer, dire qu'ils ne savaient pas.

2. Comment se fait-il que ces agents puissent non seulement cautionner ce système, mais y participer en pleine connaissance de cause ?

Les critères de travail qui avaient cours autrefois: l'esprit du service public, le respect de la personne humaine, les devoirs des soignants, ont disparu. Non seulement ils n'ont plus droit de cité, mais quand ils sont énoncés, ils sont considérés comme subversifs !

Conséquences

Au niveau des patients: cette infériorisation banalisée de la personne des soignants engendre chez ceux qui la vivent une tendance à traiter de même les soignés: si l'on accepte un tel traitement pour soi-même, on accepte dans un deuxième temps de le faire subir aux autres. C'est pourquoi à la baisse de la qualité des soins due à la réduction des effectifs s'ajoute une perte du respect de soi-même et une dégradation des rapports humains générée par la perte du sens de la dignité des patients, à l'intérieur de l'institution, et s'accompagne à l'extérieur d'une dégradation similaire des relations avec l'entourage familial (conjoint, enfants).

Au niveau de la santé: la fuite des infirmiers engendre un effondrement du système de santé tout entier, avec pour conséquence l'incapacité de ce système de répondre aux besoins de la population concernée. Le phénomène dépasse de très

loin le cadre hospitalier: c'est l'ensemble de la population qui est privée d'un accès aux soins décent.

Contrairement à un discours abstrait qui divise la population entre "malades" d'un côté et "bien portants" de l'autre, comme si ces termes appartenaient à l'identité des gens, dans les faits, la plupart des "bien portants" ont affaire de temps à autres à l'hôpital (consultations, soins externes, hospitalisation courtes), et subissent également les préjudices de la dégradation. De même que la plupart des "malades" ne le sont que de façon transitoire.

Cette division sémantique artificielle de la population qui la sépare en deux catégories figées différentes est absurde et coupée de la réalité. Ce discours officiel est censé accréditer l'idée qu'il y aurait des "spécialistes" qui seraient seuls habilités à décider pour "les malades", engendrant l'infantilisation de ces derniers, leur refusant tout droit de regard sur leur santé.

D'où la multiplication des procès en justice intentés ces dernières années aux établissements de soins par les usagers. Le manque de tolérance du public est souvent évoqué, mais celui-ci est liée au manque de personnel, de temps et de moyens qui engendre inéluctablement l'impossibilité d'offrir des conditions d'accueil et de soins décentes, une maltraitance institutionnelle inévitable ainsi que des fautes professionnelles et des accidents inhérents à une charge de travail dépassant les capacités des individus.

Au-delà du milieu médical, la même stratégie est appliquée dans l'ensemble du monde du travail, d'où le fait que le harcèlement moral est devenu un fléau national et représente aujourd'hui un pourcentage important des causes de consultation en psychiatrie.

A travers ce système, c'est non seulement le droit du travail qui est bafoué, mais la notion de citoyenneté elle-même qui disparaît. C'est la fin de l'état de droit, la généralisation de la dictature, non pas du fait d'un changement politique issu de la volonté du peuple, ni d'un coup d'état visible, mais imposée sournoisement et progressivement sur le long terme par une minorité d'administratifs, sans concertation des citoyens ni des instances médicales, à leur insu, s'exerçant à leur détriment, et dans lequel les instances légitimes se retrouvent dépossédées de tout pouvoir de décision et mises devant le fait accompli.

Idéologies qui sous-tendent cette stratégie

De l'observation de ces faits à l'hôpital au quotidien est sorti un livre: ***Des systèmes de contrôle: techniques de contrôle et stratégies de non-contrôle***⁵⁴. J'ai adopté à l'égard du phénomène l'attitude d'un biologiste dans son laboratoire étudiant les agents étiologiques d'une maladie, et cherchant des traitements.

La voie d'infiltration par le biais duquel cette stratégie de destruction a été généralisée sont les centres de formations des écoles de cadre, de management d'entreprise, qui ont généralisé des méthodes de gestion fondées sur l'escroquerie institutionnalisée, permettant aux gens qui en tirent les ficelles et en connaissent les règles d'en déposséder les profanes à leur insu..

54. *Des systèmes de contrôle: techniques de contrôle et stratégies de non-contrôle*, Isabelle AUBERT-BAUDRON, Interzone Editions <https://www.interzoneeditions.net/tc-snc/> .

Historique des écoles de cadre

Pour ne parler que de la France, il est édifiant de considérer l'histoire des écoles de cadre apparues dans les années quatre-vingt.

« Décret n° 80-172 du 25 février 1980 portant statut des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles de cadres et des écoles et centres préparant aux professions paramédicales relevant des établissements d'hospitalisation publics

Article 12

Les adjoints et adjointes d'internat sont chargés, sous l'autorité du directeur et du directeur technique de l'école, de veiller au maintien de l'ordre et de la discipline.

Article 13

Les adjoints et adjointes d'internat sont recrutés:

1° Par concours sur épreuves ouverts aux candidats titulaires du brevet d'études du premier cycle du second degré ou d'un diplôme équivalent ou qui justifient du passage en second cycle du second degré et âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année du concours ;

2° Après examen professionnel ouvert aux agents titulaires des établissements hospitaliers publics âgés de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année de l'examen et ayant accompli au moins cinq ans de services effectifs dans ces établissements.

Ces limites d'âge peuvent être reculées dans les conditions prévues à l'article 2 du décret n° 68-132 du 9 février 1968.

Ces concours ou examens sont organisés dans chaque établissement selon les modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Dans le passé, les écoles de cadre avaient été créées en 1943 par le maréchal Pétain:

« Archives de l'Institut National Audiovisuel:

Le Maréchal en visite - France (Journal du 20 Août 1943: Séquence

1) L'École des cadres civiques de Mayet-de-Montagne reçoit le

Maréchal

Le gouvernement, considérant que la défaite résulte du manque de véritables chefs, veut également réformer l'éducation des élites. Des écoles de cadres sont créées en conséquence. On y forme les futurs dirigeants par un entraînement physique, une formation politique, morale et civique qui doit développer chez eux les qualités de chefs. Dès mars 41, on compte 60 écoles de cadres dont la moitié sous l'égide du secrétariat général à la jeunesse. Toutes ne sont pas rattachées à la cause de la "révolution nationale". Ainsi, l'école des cadres d'Uriage passe à la résistance en novembre 42. L'école des cadres de Mayet-de-Montagne fut créée en octobre 1941 par Marion, secrétaire chargé de l'information et de la propagande. Elle a pour fonction de former des propagandistes de Vichy. Certaines catégories sociales, comme les instituteurs, les chefs de cabinet de préfets, les syndicalistes ouvriers ou les officiers de l'armée d'armistice, ont des stages réservés. On disait à l'époque que l'atmosphère y régnant "prônait la lutte des classes, qu'elle était antipatronale, ultra-collaborationniste, opposée à la légion des combattants et à l'Angleterre, violemment hostile au Gaullisme, acquise aux idées nazies ..."

Assez étrangement, on constate entre les deux époques les similarités suivantes:

- une similarité des termes "écoles de cadre",
- une similarité des objectifs: "former de véritables chefs" en 1943, "maintenir l'ordre et la discipline" en 1980, ce qui est bonnet blanc et blanc bonnet. Au diable les objectifs soignants, le service public, l'amélioration de la qualité des soins, qui passent à la trappe. En ce qui concerne « l'ordre et la discipline », il n'y avait aucun problème de cet ordre auparavant susceptible de justifier un tel objectif: en cas de faute professionnelle, les agents étaient sanctionnés.
- une similarité dans les comportements,
- une similarité dans les buts obtenus (spoliation, déshumanisation, extermination).

Selon les documents traitant du harcèlement moral, la sphère dans lequel il serait le plus exacerbé est l'administration.

Ceci expliquant cela, on comprend mieux comment on en est arrivé là.

Or cette stratégie de déshumanisation est parfaitement inconstitutionnelle, comme le rappelle Philippe Jean:

*"les **obligations déontologiques** stipulées notamment par les articles 2 du code de déontologie médicale et des règles professionnelles infirmières (il doit exister des dispositions équivalentes dans les codes de déontologie des sages-femmes, des masseurskinésithérapeutes) et imposant l'exercice de la profession dans le respect de la **dignité de la personne humaine** ; ce principe général du droit a une valeur constitutionnelle, étant inséré en 1946 (Aux lendemains de la Victoire remportée par les Peuples des Nations Unies contre le Nazisme et le Fascisme) dans le préambule de la Constitution de la*

IVème République, maintenu en vigueur par le Préambule de la Constitution du 5 octobre 1958. » (A propos du harcèlement moral en milieu hospitalier De la complexité à le définir à la difficulté à le réparer par Philippe JEAN pour l'ANMTEH p. 3)

Elle est également en complète contradiction avec les principes du **Comité Médical Consultatif d'Éthique** qui reposent sur le respect absolu de la personne et de la connaissance et qui vise à résoudre un problème moral que la recherche précédente a posé.

En d'autres termes, elle est parfaitement illégale et proprement inacceptable.

Des structures à caractère sectaire

Bien que la lutte contre les mouvements à caractère sectaire ne soit pas une priorité de nos dirigeants, le rapport N° 480 remis à Monsieur le Président du Sénat le 3 avril 2013⁵⁵, enregistré à la Présidence du Sénat le 3 avril 2013, contient des éléments permettant d'identifier la nature sectaire:

Extraits du rapport N° 480 enregistré à la Présidence du Sénat le 3 avril 2013

p. 239 3

DÉRIVES SECTAIRES ET EMPRISE MENTALE

La commission d'enquête de 1995 de l'Assemblée nationale, confrontée à la difficulté de définir la notion de secte, a pris le parti de retenir un « faisceau d'indices » s'attachant à décrire les conséquences des actions des mouvements concernés sur les personnes et la société. Ce faisceau d'indices semble encore à bien des égards valide, comme plusieurs spécialistes auditionnés par votre commission l'ont souligné:

- la déstabilisation mentale ;*
- le caractère exorbitant des exigences financières ;*
- la rupture induite avec l'environnement d'origine ;*
- les atteintes à l'intégrité physique ;*
- l'embrigadement des enfants ;*
- le discours plus ou moins anti-social ;*

55. Rapport en ligne à <https://www.senat.fr/rap/r12-480-1/r12-480-11.pdf>

- les troubles à l'ordre public ;
- l'importance des démêlés judiciaires;
- l'éventuel détournement des circuits économiques traditionnels ;
- les tentatives d'infiltration des pouvoirs publics.

Cette méthode du faisceau d'indices correspond à la nature très diverse du phénomène sectaire. Votre commission a constaté toutefois que certains critères comme la **notion de démêlés judiciaires n'étaient pas adaptés à ce qu'elle a pu constater des dérives sectaires dans le sujet qui l'intéressait**. En effet, de trop nombreux mouvements (parfois de dimensions très réduites) **multiplient les illégalités de manière très apparente sans pour autant encourir la moindre sanction**: de ce fait, le critère de démêlés judiciaires ne lui semble pas opérationnel pour contribuer à identifier un mouvement susceptible de dérives sectaires, ce qui est regrettable.

- 240 -

Le Professeur Parquet a pour sa part défini neuf critères d'emprise mentale pour caractériser l'embrigadement des **adeptes** (voir l'encadré ci-après). Ces critères correspondent de facto aux témoignages de victimes et de proches de victimes entendus par votre commission.

Les neuf critères d'emprise mentale exposés par M. le Professeur Parquet (audition du 21 novembre 2012)

Cinq critères sur les neuf déterminés par le Professeur Parquet doivent être avérés pour qu'un diagnostic d'emprise mentale puisse être posé:

1. rupture avec le comportement antérieur (conduite, jugements, valeurs, sociabilité individuelle, familiales et collectives),
2. occultation des repères antérieurs, rupture dans la cohérence avec la vie antérieure et remodelage de la vie (affective, cognitive, relationnelle, morale et sociale) de la personne imposé par un tiers,
3. adhésion et allégeance inconditionnelle, affective, comportementale, intellectuelle, morale et sociale à une personne, un groupe ou une institution, conduisant à une délégation permanente à un modèle imposé,
4. mise à disposition complète, progressive et extensive de sa vie à une personne ou à une institution,
5. sensibilité accrue dans le temps aux idées, aux concepts, aux prescriptions, aux injonctions et ordres, à un corpus doctrinal avec

éventuellement mise au service de ceux-ci dans une démarche prosélyte,

6. dépossession des compétences d'une personne avec anesthésie affective, altération du jugement, perte des repères, des valeurs et du sens critique,

7. altération de la liberté de choix,

8. imperméabilité aux avis, attitudes, valeurs de l'environnement avec impossibilité de se remettre en cause et de promouvoir un changement,

9. induction et réalisation d'actes gravement préjudiciables à la personne, ces actes n'étant plus perçus comme dommageables ou contraires aux modes de vie et valeurs habituellement admis dans notre société.

Nous voyons ici que les neuf critères d'emprise mentale énumérés ci-dessus correspondent à la stratégie managériale imposée dans la santé depuis les années 80. Ce n'est donc pas seulement l'État qui est en cause ici, mais également ses partenaires privés chargés de missions de services publics ainsi que la haute administration qui a institutionnalisé ces méthodes, incompatibles avec leur mission.

Épilogue

Mort d'Élodie Multon

Depuis que j'ai commencé la rédaction de ce livre en 1991, la situation en psychiatrie et dans les hôpitaux publics a empiré, et les faits confirment les analyses effectuées au fil des années et des chapitres qui se sont succédés depuis.

Il s'achève avec la mort d'une infirmière, Élodie, Multon, 31 ans, assassinée par un patient le jeudi 13 février 2020 au centre psychothérapique de Thouars.

<https://www.ouest-france.fr/nouvelle-aquitaine/thouars-79100/thouars-meurtre-d-une-infirmiere-vive-emotion-envers-elodie-a-l-ecoute-douce-pro-a6dd118c-4f34-11ea-83a9-48f1b865e916>

Thouars. Meurtre d'une infirmière: vive émotion envers Élodie, « à l'écoute, douce, pro »

Au lendemain de l'agression qui a coûté la vie à Élodie, infirmière en psychiatrie de 32 ans, l'ambiance était lourde ce vendredi 14 février sur le site thouarsais de l'Hôpital nord Deux-Sèvres.

Très éprouvé par le drame qui a coûté la vie à leur collègue Élodie, le personnel du site de Thouars de l'Hôpital nord Deux-Sèvres s'est réuni pendant deux heures, ce vendredi matin. | CO

[Le Courrier de l'Ouest](#) Fabien GOUAULT. Publié le 14/02/2020 à 17h19

Pesante et silencieuse à la fois: l'atmosphère était presque irréelle ce vendredi matin devant l'unité de psychothérapie de l'Hôpital nord Deux-Sèvres, à Thouars, moins de 24 heures après [l'agression au couteau qui a coûté la vie à une infirmière en psychiatrie thouarsaise](#).

Élodie, 31 ans, a succombé à ses blessures après avoir reçu un coup de couteau au thorax émanant d'un jeune homme âgé de 20 ans interné depuis une quinzaine de jours pour des troubles du comportement. Les faits se sont produits devant l'établissement, jeudi en fin de matinée, alors que l'agresseur présumé cherchait manifestement à s'enfuir. La victime, maman de deux jeunes enfants, était originaire de Saint-Martin-de-Sanzay, où la nouvelle de sa disparition a évidemment été durement ressentie.

« C'était une infirmière à l'écoute, consciencieuse, douce »

En début de matinée, ce vendredi, le personnel est arrivé au compte-gouttes pour reprendre le travail, là où s'est noué ce terrible drame.

Sur le parking du site thouarsais, certains n'ont pu masquer leur émotion avant même de rejoindre le bâtiment. Les yeux hagards, ils ont manifestement dû se donner du courage pour s'extraire de leur véhicule et affronter une présence médiatique évidemment inhabituelle. Mais, les traits tirés, rares étaient ceux capables de se livrer pour mettre des mots sur l'indicible...

« C'est très difficile de parler », confessait vendredi Philippe Cochard, collègue de travail d'Élodie. « Elle est arrivée il y a deux ans au sein du service. Comme beaucoup, c'était une infirmière à l'écoute, consciencieuse, douce, qui prenait soin des gens. C'était vraiment quelqu'un de très chouette », décrit l'infirmier, très affecté. « Elle était très pro, n'avait pas peur des patients. Elle savait les apaiser, les prendre en charge. »

L'assassinat à Thouars, par arme blanche, d'une [#infirmière](#) dans l'exercice de sa fonction n'est il pas aussi répugnant que celui d'un policier en exercice ? Devant le silence - coupable - des pouvoirs publics la question mérite d'être posée. Notre profession est en deuil.

— forceinfirmiere2.0 (@forceinfirmier1) [February 14, 2020](#)

Ce drame, « on peine encore à y croire », confesse l'ancien représentant CGT de l'établissement. « J'ai 37 ans de métier. Je n'imaginai pas vivre ça un jour... On n'est pas là pour ça. On est là pour soigner. Ce qui s'est passé, cet accès de violence, c'est du quotidien. Des situations compliquées, on en a géré plein et personne n'en savait rien. Sauf que là, il y avait un couteau. »

L'auteur présumé de l'agression fatale, un jeune homme de 20 ans originaire du nord Deux-Sèvres, n'en était manifestement pas à son premier séjour. « C'est un patient qu'on connaissait bien. Même en ayant conscience des risques, ce qui est arrivé est inconcevable. »

Face à cette situation extraordinaire, au sens premier du terme, « on renforce les équipes pour venir travailler. L'ambiance est lourde, bien sûr. On a besoin d'être ensemble, un peu plus nombreux, ne serait-ce que pour se soutenir et s'occuper des patients qui sont encore là. »

Il m'est impossible de faire une liste du nombre exact des décès parmi le personnel soignant, mais depuis mon départ de l'hôpital, il s'est considérablement accru, particulièrement parmi les jeunes retraités. Il faudrait pour en avoir une idée précise faire appel à la mémoire de mes collègues encore en vie, car la mort d'Élodie, la seule à avoir été causée par un patient, est également la seule qui ait été connue hors de l'hôpital et médiatisée.

J'ignore ce qu'il en est dans les autres hôpitaux à l'échelle du pays, mais si je me base sur le nombre de ceux qui sont en grève depuis des mois, et dont la dégradation des conditions de travail et de soins est similaire, j'en déduis que la psychiatrie thouarsaise n'est pas un cas isolé.

Quand les soignants démissionnent

Les soignants s'organisent en collectifs réunissant médecins, infirmiers et aides-soignants, un événement inédit. Plus de mille médecins hospitaliers ont démissionné de leurs fonctions administratives⁵⁶.

Un système hiérarchique pyramidal repose sur la base. C'est elle qui traduit dans les faits les décisions prises aux niveaux supérieurs. Si elle est démunie de tout pouvoir hiérarchique, lequel est symbolique, en revanche elle dispose du pouvoir de faire, de traduire les décisions au niveau des faits. Or une décision n'a de sens que si elle est appliquée; si personne ne l'exécute, elle est nulle et non avenue. Il semble que nos décideurs aient tendance à négliger ce fait.

"Le pouvoir est fonction d'abord de l'indispensabilité de la fonction, pour l'ensemble humain considéré. Tout individu ou tout groupe d'individus non indispensables à la structure d'un ensemble n'ont pas de raison de détenir un "pouvoir", puisque cet ensemble peut assurer sa fonction sans eux." (Henri Laborit, La Nouvelle Grille, p. 182).

En conséquence, le niveau qui détient le pouvoir effectif dans la pyramide hiérarchique est celui de la base; ce sont les niveaux supérieurs qui dépendent d'elle, et non l'inverse. Elle possède non seulement le pouvoir de faire mais également celui de décider de ne pas faire, de ne plus appliquer les décisions imposées par les niveaux du haut. L'autorité de ceux-ci ne se maintient que dans la mesure où la base reste dans l'ignorance de ces éléments. C'est pourquoi cette autorité repose sur une imposture et sur le fait que la base s'y laisse prendre.

De ce fait, le jour où les gens sur lesquels repose la structure, ceux dont elle dépend et qui constituent la grande majorité des citoyens, réalisent que celle-ci s'exerce à leur détriment, que l'autorité sur laquelle elle fonde sa justification ne représente rien, que les discours à travers lesquels elle se maintient sont en réalité des propos fallacieux destinés à les abuser, et que ce sont eux et personne d'autre qui détiennent le pouvoir effectif, ils prennent alors conscience que si l'administration a besoin d'eux, eux n'ont en revanche nul besoin d'elle.

Nécessité de limites légales fermes

Sur le plan légal, il est urgent de confronter nos décideurs aux conséquences humaines de leurs décisions et à leur mission de service public: il n'entre pas du tout dans celle-ci d'épuiser les soignants physiquement et psychologiquement, ni de dénaturer la santé publique et l'administration par le biais de méthodes de gestion perverses, ni de dégrader la qualité des soins, ni de provoquer la mort de salariés et de patients.

Les citoyens n'ont pas élu leurs dirigeants actuels pour déstabiliser le pays, ni pour subordonner la sécurité, la santé et les conditions de travail et de vie des citoyens et la gestion de l'argent public à des intérêts privés occultes, ni pour empêcher les agents publics d'assurer leurs fonctions, ni pour leur imposer des réformes nuisibles à la nation sur la base de désinformation économique, ni pour provoquer des catastrophes sanitaires, ni pour vendre à la découpe le pays et ses

56. « Plus de 1000 chefs de service démissionnent de leur fonction administrative pour «sauver l'hôpital public» <https://www.lefigaro.fr/social/plus-de-1000-chefs-de-service-demissionnent-de-leur-fonction-administrative-pour-sauver-l-hopital-public-20200114>

habitants corps et biens, matériels et immatériels. Bien qu'aucun programme politique n'ait jamais affiché ouvertement de tels objectifs, c'est néanmoins ceux-ci qui ont été visés depuis 40 ans par les équipes successives, toutes tendances confondues.

En raison de la surdité des pouvoirs publics vis-à-vis des multiples avertissements et mises en gardes des soignants depuis des décennies, il n'est plus seulement question ici d'inconscience ni de déconnexion d'avec le terrain, mais d'intention de nuire sciemment, de détournement d'argent public au bénéfice d'intérêts privés, d'escroquerie en bande organisée, et, face à l'augmentation du taux de mortalité, d'homicides volontaires avec préméditation.

D'où la nécessité de la création d'une commission d'enquête parlementaire qui puisse statuer sur la base des notions de culpabilité et de responsabilité réelles, non limitées aux exécutants, mais étendues à l'ensemble des responsables publics et privés, et susceptible de déboucher sur un procès criminel.

TROISIÈME PARTIE – DOCUMENTS DE RECHERCHE

Bienvenue dans votre futur: Des équipes indépendantes aides-soignantes et infirmières de services à la personne, une alternative au travail en institution

Isabelle AUBERT – 8 juillet 2018. Révision mai 2020

Nous réapproprier notre travail

Nos témoignages sur nos expériences à hôpital et en maisons de retraite sont indispensables pour informer le public sur les conditions de soins et de travail déplorables vécues par les patients comme par les soignants. Ceci dit, une fois ces constats établis, étant donné que ceux qui sont censés « avoir les bases » pour décider de notre travail peinent à nous entendre, nous ne sommes pas plus avancés. Ainsi, tant que nous attendons des responsables des décisions qui ont engendré la situation présente qu'ils continuent de les prendre à notre place, je ne vois pas bien comment les choses pourraient avancer.

Regardons maintenant les possibilités réelles dont nous disposons et ce que nous pouvons faire à notre niveau:

Au niveau professionnel, nous pouvons, tout en gardant notre emploi, réfléchir à un changement d'orientation dépendant de nous. De telles possibilités existent, tout à fait légales, faciles à mettre en place sans frais, mais nous passons à côté par manque d'information. Ainsi nous pouvons nous investir nous-mêmes dans la prise en charge des personnes âgées, en constituant des équipes infirmières-aides-soignantes de services à domicile, dans le cadre des services à la personne, payés par les particuliers employeurs en chèques emploi service universels (CESU): Voir <https://www.cesu.urssaf.fr/info/accueil/s-informer-sur-le-cesu/tout-savoir/c-est-quoi-pour-qui.html>

Ce qui existe déjà dans le domaine des services à la personne

Ci-dessous deux structures différentes pour lesquelles j'ai été orientée, la première par Pôle Emploi, la seconde par une agence intérim.

Si j'ai apprécié de travailler dans ces structures en raison de l'aspect relationnel avec les clients et la nature du travail, proche des emplois d'infirmière à domicile que j'avais eu en Belgique, en revanche j'ai été confrontée à des écueils inattendus inhérents aux structures mêmes.

Les associations de service à la personne

Les divers CDD que j'ai trouvés comme infirmière étant le fruit de mes recherches personnelles, ce travail pour cette association est le seul que Pôle Emploi m'ait jamais procuré, après m'avoir soutenu mordicus au cours de plusieurs entretiens successifs que je ne trouverais plus de travail comme infirmière, ce qui me paraissait peu vraisemblable et s'est révélé faux par la suite. J'apprendrai plusieurs mois plus tard, lors d'un entretien avec la conseillère de la Chambre des Métiers qui

supervisait alors les comptes de mon entreprise de psychothérapie, que cette expérience en structure de service à la personne vers laquelle j'avais été orientée avait pour but de m'inciter à créer ma propre structure, ceci sans alors m'en informer ni me demander ce que j'en pensais. Etant proche de la retraite, je n'ai pas envisagé de le faire, mais je rassemble ici les informations permettant à d'autres de prendre cette direction.

Problèmes

* Les rémunérations y sont faibles, souvent limitées au seul temps d'intervention passé chez les clients: les temps de trajet et le temps passé dans les locaux de l'association ne sont pas toujours payés. Voir les salaires pratiqués par l'ADHAP à titre indicatif à <https://www.indeed.fr/cmp/Adhap-Services/salaries>.

* les plannings qui sont imposés sont conçus comme si vous aviez le don d'ubiquité et que vous pouviez vous téléporter d'un lieu à un autre en une seconde: ils font abstraction du temps de trajet, si bien que si vous finissez chez Mme Unetelle1 à 9h30, vous êtes censé commencer chez Mme Unetelle2 à la même heure, même si cette dernière habite à 3 kms ou que vous devez traverser la ville pour vous rendre chez-elle. Si bien que le client paie pour un temps de présence théorique, celui inscrit sur le planning, qui, en pratique, est automatiquement amputé du temps de trajet. Si vous consacrez à chaque personne le temps qui lui est dû, chaque temps de trajet représente un retard par rapport au planning, les clients sont mécontents car vous n'arrivez pas à la seconde prévue, et le retard accumulé sur votre propre horaire n'est pas payé.

Si vous utilisez votre véhicule, ce qui est généralement le cas pour les structures n'ayant pas de véhicule de service, vos frais d'essence vous sont remboursés à la fin du mois, calculés à partir du kilométrage effectué. Les sommes n'excédant généralement pas 200 € par mois, certaines associations les versent en argent liquide, sans justificatif. Une petite somme par salarié représentant une somme bien plus importante pour un effectif d'une cinquantaine d'employés, se pose la question de sa provenance. En l'occurrence, j'ai communiqué ces éléments à un élu, qui est tombé des nues en en prenant connaissance. Etant membre du conseil d'administration de la structure, il n'a pas du tout apprécié d'avoir été tenu à l'écart de cet aspect financier et a eu le sentiment d'avoir été piégé: le mois suivant, les frais d'essence étaient payés par chèque, et notifiés par écrit.

Pour les conditions de travail vécues de l'intérieur, voir *Les dessous de l'aide à domicile* <https://www.sudouest.fr/2011/04/01/les-dessous-de-l-aide-a-domicile-359664-1980.php>

Devant mon étonnement en fin de mois causé par un salaire inférieur à 500 €, l'administratif de l'association chargé de verser les paies m'informe que dans cette structure dédiée à la réinsertion, les salaires ne peuvent excéder 500 € par mois et qu'il a dû verser de l'argent à Pôle Emploi pour mon embauche (?????????????). Je lui réponds qu'en tant qu'infirmière diplômée, je n'ai pas à être « réinsérée », ce à quoi il rétorque que je ne dépends pas de lui, mais de la société prestataire qui m'a recrutée, à laquelle je dois m'adresser.

Autrement dit, si mon salaire est bien en dessous du salaire minimum, en revanche il rapporte de l'argent, pour ce que je peux en constater, à la société prestataire, à l'association et à Pôle emploi.

La société prestataire touche également une somme de 3000 € par an au titre de la réserve parlementaire, ce qui pose quand même question sur l'organisation du travail précaire dans ce pays, et sur la connaissance ou la méconnaissance de la précarité par les élus chargés de distribuer NOTRE argent à des acteurs prétendant lutter contre celle-ci, alors qu'ils sont responsables sur le terrain de sa planification, l'organisent sciemment et en bénéficient directement, avec des méthodes de gestion malhonnêtes dont ils se gardent bien d'informer ces mêmes élus.

Du côté des clients

- il existe une grosse différence entre le prix payé par le client <https://letarif.com/tarif#referencestva> à la structure (association ou entreprise) et le prix payé à la personne qui effectue le service. Exemple: pour une heure d'intervention auprès d'une personne dépendante, le client paie 19 €, l'intervenant touche 9,97 €, si bien que 10 € sont absorbés par l'association. Autrement dit, la structure elle-même, association, entreprise, etc., absorbe une moitié de l'argent versé par le client.

- les intervenants changent tout le temps, le client ne peut pas émettre de préférence concernant les gens qui s'occupent de lui, et les responsables des plannings font en sorte que les salariés soient mobiles. Les relations entre eux et les clients doivent être les plus dépersonnalisées possible: le temps passé auprès d'eux, « calculé au plus juste », limité au strict nécessaire, ne laisse pas de possibilité d'échange relationnel supplémentaire ni de temps de pause, si bien que, comme en institution, vous effectuez le travail à toute vitesse pour sauter dans votre véhicule et vous rendre le plus vite possible chez le client suivant. Les contraventions pour excès de vitesse sont à votre charge.

La plupart des associations emploient des gens non diplômés, n'ayant aucune qualification, et se chargent d'en former certains eux-mêmes (aides-soignantes). Elles emploient un maximum de gens qu'elles font travailler un nombre d'heures minimum, d'où des temps de travail d'environ une soixantaine d'heures par mois, payées au maximum 500 €: impossible de vivre avec un tel salaire. Les contrats sont précaires et peuvent être interrompus au bon vouloir de l'employeur. Ainsi, les associations dites « de réinsertion » imposent des conditions de travail telles qu'elles empêchent quiconque de se réinsérer décemment, les salaires étant à peine supérieurs à un RSA.

Chaque salarié reçoit un planning en début de journée, mais, en cas de changement au cours de la journée (annulation d'une intervention, ou intervention supplémentaire), il est plus prudent en fin de mois de vérifier le temps de travail réellement effectué, le planning de départ n'étant pas toujours actualisé.

Les ADMR (Aide à domicile en milieu rural)

Elles emploient infirmières et aides-soignantes.

Problèmes

Personnellement j'ai été recrutée par une agence intérim pour un remplacement d'été, en tant qu'infirmière, mais une fois dans la place, le contrat n'était pas un contrat d'intérim, mais de salarié classique, amputé des primes de

l'intérim. Devant mes questions à ce sujet, le directeur me répond: « J'ai déjà payé 2000 € pour vous embaucher, je ne peux pas déboursé plus. » ?????????????? (Décidément, c'est fou ce qu'employer des infirmières peut rapporter ! Une vraie manne !)

Il m'annonce ensuite au bout de quelques temps qu'il n'arrive pas à trouver d'aide-soignante, qu'il en a plus besoin que d'infirmières, et que si je veux aller au bout des trois mois de travail, je travaillerai comme aide-soignante, payée comme telle. Il comprend que je puisse refuser en raison de ma qualification, mais c'est à prendre ou à laisser. Comme j'ai besoin de travailler, que j'aime bien ce travail et que je n'ai pas envie de recommencer à chercher un autre CDD, j'accepte, mais avec une baisse de salaire bien évidemment.

Donc, par rapport aux conditions de travail apparentes du départ, je suis en réalité pénalisée financièrement par le biais de deux prétextes imprévus, autrement dit, par deux artifices permettant de verser un salaire moindre que celui attendu. Il s'agit d'un jeu truqué basé non sur un contrat digne de ce nom mais sur un marché de dupes.

Un autre problème, pour les patients chez qui l'équipe intervient, est la masse de matériel importé dès la première intervention au domicile des clients, dont la quantité et l'utilité sont parfois discutables, qui encombre l'espace des chambres, et qui coûte excessivement cher.

Au niveau des soignants comme à celui des clients, il y a un parasitisme financier de la structure, à leur détriment, en lien avec des acteurs extérieurs, et dans l'intérêt de ces derniers.

Comparaison avec des équipes indépendantes

En comparaison, des intervenants travaillant pour leur propre compte:

- Fixent eux-mêmes leur taux horaire de rémunération (**au minimum** 10 € de l'heure pour un intervenant non diplômé, 13 € pour un aide-soignant, et 15 € pour un infirmier) qu'ils touchent en intégralité,
- Tiennent compte des besoins des clients pour le temps passé chez eux et les horaires des interventions,
- Peuvent leur offrir une bonne qualité de relation,
- S'organisent ensemble sans dépendre de qui que ce soit,
- N'entretiennent aucune structure ni aucun intermédiaire parasitique.

Il est possible de travailler seul, mais ceci implique de devoir intervenir tous les jours auprès de ses clients, sans prendre de vacances ni de jours de congé, d'où l'intérêt de constituer des équipes, au minimum de deux personnes.

Dans le cas d'aides-soignants et d'infirmiers désirant s'orienter dans ce secteur, ils sont déjà formés, déjà diplômés et connaissent déjà le travail à réaliser. Chacun étant payé directement par la personne chez qui il intervient, [qui déclare ses interventions directement à l'URSSAF](#)⁵⁷, ils n'ont pas besoin de structure

57. En ligne à <https://www.cesu.urssaf.fr/info/accueil/utiliser-le-cesu/mon-compte-cesu/s-identifier-acceder-au-compte.html>

centralisatrice nécessitant des locaux, ni de personnel d'encadrement, ni de secrétaire, ni de logiciel de gestion, etc., ni d'intermédiaire.

En ce qui concerne les structures, créer une association implique des formalités et contraintes dévoreuses de temps et d'énergie : une entreprise, si elle est plus facile à créer au niveau administratif que de monter un dossier de RSA, doit, pour générer des bénéficiaires, payer, en plus des dépenses inhérentes à l'entreprise elle-même (matériel, fournitures, etc.) un ensemble de charges et sommes diverses et peut se révéler un gouffre financier: l'ex-taxe professionnelle censée avoir été supprimée en 2010, qui a été en fait rebaptisée en « contribution économique territoriale », et [dont le montant est resté identique](#), la location ou achat éventuel du local professionnel, son assurance, les frais de compte bancaire professionnel, du téléphone professionnel, de comptable ou d'association de gestion agréée si vous ne faites pas votre comptabilité vous-même, de la caisse de retraite, de l'URSSAF, etc.

En comparaison, la seule condition indispensable en travaillant avec le CESU est une équipe suffisante pour pouvoir se relayer chez les patients, constituée de gens qui ont envie de travailler les uns avec les autres dans le même état d'esprit, qui s'entendent bien, et soient capables de s'organiser correctement en fonction des besoins des patients et de leurs disponibilités.

De telles équipes, une fois constituées, pourraient travailler en coordination avec les [Pôles Santé](#) pour le maintien à domicile des gens dépendants, en lien avec les différents professionnels de santé, dont les médecins généralistes des clients.

Précision

Il n'est pas question ici de concurrencer les infirmières libérales en empiétant sur les soins qu'elles réalisent, qui sont prescrits par un médecin. Il s'agit de prendre en charge les différentes tâches permettant aux patients dépendants de rester chez eux, au moment où ils en ont besoin (ménage, toilette, prise du traitement, accompagnement des courses, aide au maniement d'internet, etc.).

Exemple de planning

Au niveau financier, voici deux prévisions, effectuées respectivement en fonction de 3 et 4 patients, à partir de plannings réels réalisés pour des patients réels, et calculées [sur la base du site de l'URSSAF](#) . Les estimations des coûts pour les employeurs et des salaires des employés sont réalisées en prenant en compte 3 coûts horaires différents selon différentes qualifications, à partir du salaire horaire minimum.

Client 1: 4 interventions par jour:

- 7 h – 7 h 45
- 12 h – 12 h 45
- 15 h – 16 h
- 18 h 30 – 19 h

Total 3 h / jour

117 interventions par mois, pour 77 h 45 de travail.

Client 2: 1 intervention par jour de 0h30 le soir: 19 h 15- 19 h 45, sauf le week-end: 5 interventions / semaine.

1 intervention le matin une seule fois, de 0 h 30

Total: 19 interventions dans le mois pour 9 h 30 de travail.

Client 3: 3 interventions / jour:

- 9 h 15- 9 h 45

- 12 h 30- 13 h

- 20 h – 20 h 30

- Total: 1 h 30 / jour, 77 interventions par mois pour 38h30 de travail.

A noter que certaines interventions auprès de personnes très lourdes et difficiles à mobiliser nécessitent d'être faites à deux, à moins que l'intervenant soit un homme fort.

Ces trois clients nécessitent 213 interventions dans le mois, pour 125 h 45 de travail.

	Nombre de clients	Nombre d'interventions		Nombre d'heures		Tarifs		
		Par jour	Par mois	Par jour	Par mois	10€/h ASH	13€/h AS	15€/h Infis
Client 1		4	117	3h	77 h 45	780 €	1011 €	1170 €
Client 2		1 sauf week-ends	19	0 h 30	9 h 30	95 €	124 €	142 €
Client 3		3	77	1 h 30	38 h 30	385 €	501 €	570 €
Total	3		213	5 h	125 h 45	1260 €	1636 €	1882 €
<u>Coût pour le client</u>	Sans avantage fiscal			2070,53 €	2767,31€	3231,80 €		
	Avec avantage fiscal			1035,26 €	1035,26 €	1615,90 €		

Détail des salaires et coût pour les employeurs

En comptant trois clients (126 heures par mois)

Pour un salaire horaire de 10 € (ASH non qualifié), avec les congés payés inclus, rajoutés automatiquement par le site du CESU:

Salaire net à verser au salarié: 1 260,00 €
Cotisations sociales prélevées aux employeurs: (à répartir entre ceux-ci) 810,53 €
Avantage fiscal pour les employeurs: 1 035,27 €
Coût réel pour les employeurs: 1 035,26 €

Pour un salaire horaire de 13 € (Aide-soignante):

Salaire net à verser au salarié: 1 638,00 €
Cotisations sociales prélevées à l'employeur: 1 129,31 €
Avantage fiscal pour l'employeur: 1 383,66 €
Coût réel pour l'employeur: 1 383,65 €

Pour un salaire horaire de 15 € (infirmière):

Salaire net à verser au salarié: 1 890,00 €
Cotisations sociales prélevées à l'employeur: 1 341,80 €
Avantage fiscal pour l'employeur: 1 615,90 €
Coût réel pour l'employeur: 1 615,90 €

Est-il possible à un intervenant de vivre avec ces trois clients pour 126 h de travail / mois (32 h par semaine) ? Sachant qu'il faut déduire les frais d'essence, le salaire est insuffisant pour un ASH, juste pour un AS et correct pour un infirmier.

En comptant un quatrième client permettant d'arriver à 140 h par mois

Pour un salaire horaire de 10 €:

Salaire net à verser au salarié: **1 400,00 €**
Cotisations sociales prélevées à l'employeur: 900,61 €
Avantage fiscal pour l'employeur: 1 150,31 €
Coût réel pour l'employeur: 1 150,30 €

Pour un salaire horaire de 13 €:

Salaire net à verser au salarié: **1 820,00 €**
Cotisations sociales prélevées à l'employeur: 1 254,77 €
Avantage fiscal pour l'employeur: 1 537,39 €
Coût réel pour l'employeur: 1 537,38 €

Pour un salaire horaire de 15 €:

Salaire net à verser au salarié: **2 100,00 €**
Cotisations sociales prélevées à l'employeur: 1 490,88 €
Avantage fiscal pour l'employeur: 1 795,44 €
Coût réel pour l'employeur: 1 795,44 €

CQFD

Autrement dit, un salaire minimum pour 140 h de travail est supérieur à celui gagné dans une institution, et ceci indépendamment de la qualification.

4 clients permettent à une personne de vivre et de payer ses frais d'essence,
8 clients font vivre 2 intervenants,

16 en font vivre 4,
Etc.

En fonction des besoins de la population, des équipes de 4 personnes ou plus pourraient ainsi se développer dans différents quartiers.

Du côté des soignants: une meilleure qualité de travail, un salaire correct, un travail autonome.

Du côté des clients: une meilleure qualité de soins, pour un coût inférieur à celui d'une association, et bien moindre qu'une maison de retraite, une meilleure qualité de vie, la conservation de son autonomie.

Du côté de l'Etat: DE GROSSES ECONOMIES POUR LA SECURITE SOCIALE ET EN FRAIS ADMINISTRATIFS.

Comment procéder pratiquement quand on travaille en institution

- Voir d'abord si l'idée intéresse des collègues,
- Faire une prospection au niveau de son quartier / village / ville auprès des personnes âgées: réaliser une plaquette de présentation du projet à distribuer dans les boîtes à lettre avec un n° de téléphone à joindre, en proposant aux gens intéressés de se manifester et voir le résultat: si une dizaine de personnes répondent, alors c'est jouable.
- Reste à voir pratiquement comment organiser les choses avec les clients:

Avant de commencer à travailler, faire passer une information dans le journal local, informer les généralistes, organiser une réunion d'information avec la population. (Voir les conseils en ligne à <https://www.creerentreprise.fr/creer-activite-services-a-la-personne-statut/>.)

Quand des gens demandent d'intervenir, fixer un premier rendez-vous avec eux pour faire connaissance, évaluer leurs besoins, et leur présenter la façon dont on peut y répondre (ménage, toilette, préparation des repas, prise de médicaments, petits soins, accompagnement pour les courses, etc.), fixer les horaires des interventions, préciser le tarif horaire, le contrat de travail, et les formalités pour le CESU.

Une courte expérience dans une association de service à la personne est utile au départ, le temps de se familiariser avec le fonctionnement et l'organisation.

Et c'est tout. Coût et investissement: 0 €.

L'organisation du travail d'une équipe de 4 est simple à réaliser, par les gens eux-mêmes: il suffit de se partager les temps d'interventions. Aucune tâche administrative: les congés payés sont rajoutés par le CESU.

Les interventions se font sur la base d'un [contrat de travail](#), et le client déclare les interventions [sur son espace personnel dans le site de l'URSSAF](#).

Pas besoin de logiciel de gestion: un simple ordinateur avec traitement de texte Word, Office ou Page et une imprimante permettent de faire et d'imprimer les documents nécessaires:

- un document pour chaque client avec les temps d'intervention journaliers et le total horaire en fin de mois: une copie pour l'équipe, une pour chaque intervenant, une pour le client, une pour l'URSSAF,
- un document pour chaque intervenant avec le nombre d'heures effectuées auprès de chaque client, et le total horaire à communiquer à l'URSSAF sur la page du CESU, [dans l'espace salarié](#) .

Une fois que les détails sont réglés et qu'une équipe est en mesure de fonctionner, celle-ci peut commencer à travailler, d'abord en gardant un temps partiel en institution pour réserver ses arrières, puis en se mettant en disponibilité quelques mois afin de pouvoir revenir le cas échéant, et enfin en démissionnant si le nombre de clients permet à l'équipe de vivre sur le long terme.

Niveau immobilier

Pour les personnes âgées dont les domiciles sont devenus inadaptés (escaliers, manque de confort, etc.) elles pourraient se regrouper pour louer ou acheter ensemble (4 ou 5) (en créant une SCI, société civile immobilière, ou indépendamment les uns des autres) une maison de plain-pied confortable et pratique, en se partageant les charges, les frais de soins à domicile, de nourriture et de la vie courante, ce qui leur reviendrait bien moins cher qu'une maison de retraite.

Le Royaume Uni a adopté cette formule depuis plusieurs années, une équipe passe tous les jours en fonction des besoins.

De cette façon, les gens ne sont jamais seuls, ils gardent la maîtrise de leur environnement et leur pouvoir de décision sur leur propre vie, peuvent choisir les gens avec lesquels ils ont envie de vivre, ainsi que les salariés qu'ils emploient, s'organisent entre eux pour les tâches de la vie quotidienne qu'ils souhaitent garder (cuisine, jardinage, sorties, etc.) et peuvent ainsi bénéficier d'une qualité de vie optimum.

Pour la partie immobilière, si des clients sont intéressés par cette formule, leur conseiller de surveiller les maisons à vendre ou à louer sur Internet (sites de notaires, Le Bon Coin, agences immobilières), et les orienter vers leur notaire pour obtenir les informations nécessaires.

Le système envisagé ici est celui des services à domicile pour personnes âgées, mais il pourrait également être appliqué avec des patients en psychiatrie, ou des handicapés - globalement pour toute personne en situation de dépendance physique ou psychique - et mis en place en collaboration avec eux et leurs familles.

Conclusion

Je ne sais pas quelles bases théoriques ont les gestionnaires institutionnels pour parvenir aux résultats désastreux qu'ils obtiennent au niveau de la qualité du travail et des soins, et pour un coût tel qu'il nécessiterait par-dessus le marché de devoir « faire des économies », mais je sais que les soignants ont les bases théoriques et pratiques indispensables pour s'occuper des patients (leurs

compétences professionnelles et leur expérience) et organiser leur travail, mieux que ne le font ces « gestionnaires », pour un coût bien moindre pour les particuliers qui les emploient et en bénéficiant de meilleures conditions de travail et de meilleurs salaires pour eux-mêmes.



« Le pouvoir est fonction d'abord de l'indispensabilité de la fonction, pour l'ensemble humain considéré. Tout individu ou tout groupe d'individus non indispensables à la structure d'un ensemble n'ont pas de raison de détenir un "pouvoir", puisque cet ensemble peut assurer sa fonction sans eux. » (Henri Laborit, "La Nouvelle Grille", p. 182).

Le gouvernement actuel, qui projette de se pencher sur le secteur des services à la personne, serait bien inspiré de prendre de la distance vis-à-vis des critères d'évaluation des modèles de gestion théoriques financés apparemment les yeux fermés depuis quelques décennies pour partir sur de nouvelles bases en laissant les acteurs de terrain gérer leur travail eux-mêmes. Il pourrait ainsi dégager des économies substantielles au niveau d'une masse administrative aussi ruineuse qu'inutile, dont les échelons, dépourvus de fonction pour l'ensemble des citoyens, se multiplient au détriment de ces derniers, et dont le seul but consiste à perpétuer leur propre existence.

Il serait également bienvenu d'exiger plus de transparence de la part des responsables publics et privés de cette masse administrative, dont la gestion occulte, qui échappe à tous les acteurs publics ainsi qu'à l'ensemble des citoyens, est dépourvue de légitimité dans le cadre des missions de services publics qu'ils sont payés pour assurer, et dont la confrontation à l'épreuve des faits démontre, depuis une trentaine d'années, qu'ils sont incapables de les remplir correctement.

Enfin, une plus grande vigilance de sa part au niveau de la gestion des ressources humaines est indispensable concernant des « modélisations » issues du secteur du développement personnel utilisées dans la formation des DRH, qui sont dépourvues de toute base scientifique et dont les dérives sectaires de certaines sont pointées par la MIVILUDES. Introduites en France sous la pression de lobbies d'outre-Atlantique, intégrées au package managérial, il s'agit en réalité d'outils de manipulation mentale, responsables d'un grand nombre de dépressions et de suicides dans la fonction publique. Elles servent à dissimuler des méthodes de gestion implicites peu reluisantes et à abuser les gens qui les achètent, parfois en toute bonne foi, autant que ceux qui les subissent. Loin de constituer une « modernisation », elles reposent sur les mécanismes de pensée de l'époque antique auxquelles elles prétendent nous faire régresser, et visent à nous asservir.

En revanche, sur la nouvelle base décrite ici, en restituant aux acteurs de terrain leur pouvoir de décision concernant leur propre sphère professionnelle, le gouvernement peut ainsi, pour un coût bien moindre que le coût actuel, diminuer le chômage, donner aux soignants dotés des compétences réelles les moyens de gagner leur vie correctement en travaillant dans des conditions satisfaisantes et dans le cadre d'une gestion saine et transparente, et aux personnes âgées dépendantes, la possibilité de continuer à vivre chez elles de façon adaptée à leurs revenus tout en conservant leur autonomie.

Une méthode simple pour se débarrasser des cauchemars

22 avril 2020.

Ce texte n'est pas un écrit littéraire, il a été rédigé dans un langage familier accessible à tous, que je conserve ici.

J'ai également décrit cette méthode d'abord en anglais, en 1997, dans le site [The Western Lands](#) du réseau Interzone: [A simple method to get rid of nightmares](#) . Dans ce contexte, des membres de ce réseau ont effectué une recherche commune sur les rêves en rassemblant les leurs (juillet 1997- mai 2002), dans les pages [Dreams 1](#) et [Dreams 2](#) , puis en 2014, dans le livre [Des systèmes de contrôle](#) (Interzone Éditions).

Description de la méthode

Au début des années 80, Jean-Louis, mon ex-mari, et moi, avons découvert un livre de Patricia Garfield, *La Créativité Onirique : Du Rêve Ordinaire au Rêve Lucide*, Ed. La table Ronde, qui traitait des enseignements sur les rêves provenant de différentes cultures (Grèce antique, Indiens Américains, Senoï et Tibétains).

Patricia Garfield est une anthropologue. En Malaisie elle est allée chez un peuple, les Senoïs, et a été étonnée de voir qu'ils n'y avait chez eux pas de criminalité ni de maladie mentale. Elle a cherché à comprendre pourquoi et a constaté que toute leur vie sociale tournait autour des rêves: ils se les racontaient, les commentaient, éduquaient les enfants à rêver, etc.

L'enseignement des Senoïs contenait une méthode pour se débarrasser des cauchemars. Comme nous en faisons et que la méthode était facile à appliquer, nous l'avons essayée. Voici en quoi elle consiste :

- Mettre sur sa table de nuit un petit carnet. Dès qu'on se réveille, chercher à se souvenir des rêves qu'on vient de faire, et les noter brièvement à l'aide de quelques mots sur le carnet afin de pouvoir s'en souvenir plus tard. Il se peut qu'on ne se souvienne pas de ses rêves, mais le fait de tourner son attention vers cette activité et le désir de s'en souvenir permettent de les retrouver plus facilement.

Parfois on ne retrouve qu'une brîbe de rêve: dans ce cas, rester couché les yeux fermés dans la position dans laquelle on s'est réveillé, se concentrer sur la brîbe de rêve, sur les impressions et les souvenirs et tenter de remonter le fil de ce qui s'est passé.

Le souvenir des rêves s'efface vite, sauf pour les rêves très marquants comme les cauchemars, et si on ne les notes pas, on les oublie rapidement. Vous vous réveillez avec un rêve précis et vous prévoyez de le noter dans la journée. Quand vous voulez le faire à midi, pffuit ! Il est parti.

- Dans la journée, reprendre les notes du carnet et décrire le rêve sur un cahier ou des feuilles de classeur de façon aussi détaillée que possible. Lui donner un titre, et l'indexer avec la date et un numéro.

En ce qui concerne les cauchemars, se dire avant de s'endormir: « **Je dois affronter et vaincre le danger en rêve** » et se concentrer sur cette idée.

Généralement, dans un cauchemar, nous sommes face à un danger, quelque chose dont nous avons peur, que nous subissons et auquel nous cherchons à échapper. Parfois nous sommes cloués sur place, impuissants à fuir.

Or si, dans la vie éveillée, nous nous trouvons parfois devant des dangers réels, ce n'est pas le cas en rêve. Quand nous rêvons, nous sommes couchés dans notre lit, et au réveil nous sommes soulagés de nous retrouver dans le monde physique et de constater que l'histoire que nous venons de vivre ne s'est pas produite et que les dangers que nous venons de rencontrer n'étaient pas réels, même s'ils se réfèrent à des événements traumatiques que nous avons pu vivre antérieurement durant notre vie éveillée.

En nous entraînant à affronter et vaincre le danger en rêve, nous pouvons alors apprendre à agir sur leur contenu et mettre un terme à leur issue dramatique.

- Quand un cauchemar survient, le noter, réfléchir ensuite aux moyens que nous aurions pu utiliser en rêve pour modifier la situation à notre avantage, et décider de s'en servir la prochaine fois. Se souvenir que les limites qui existent dans le monde physique n'existent pas en rêve : tout est alors permis, et nous pouvons décider du cours des événements. Face à un danger, nous pouvons nous transformer, comme Merlin l'Enchanteur, ou faire appel à un ami, ou nous envoler et échapper au danger, ou réaliser que nous sommes en train de rêver et que nous ne voulons plus de ce scénario, etc...

Dans le cas des cauchemars récurrents, nous pouvons alors suivre leur évolution en relisant les notes: ils sont souvent en relation avec des problèmes que nous affrontons dans la vie de tous les jours, ou des choses qui nécessitent notre attention, ou des directions à suivre dans telle ou telle situation, etc.

Le fait de noter le rêve permet de le mettre « en dehors » de nous et ce faisant, de prendre du recul par rapport à son contenu. Nous pouvons décider à l'avenir, quand le rêve se reproduira, d'influer sur son cours, et dans le cas des cauchemars, d'interrompre leur issue dramatique en imaginant d'autres possibilités. Le scénario se modifie alors positivement.

A partir du moment où nous arrivons à affronter et vaincre le danger dans le rêve, nous ne faisons plus de cauchemars. Fini, terminé !

Mon expérience personnelle

Dans les cauchemars que je faisais, je subissais des violences diverses. Après avoir commencé à noter mes rêves, ceux-ci étaient toujours violents, mais de victime, je me transformais en agresseur et tuais tous les ennemis qui se présentaient. Ce n'étaient plus à proprement parler des cauchemars, mais le contexte violent n'était toujours pas satisfaisant.

Après quelques rêves de ce genre, une nuit s'est présenté un agresseur muni d'un pistolet. Je l'ai regardé tranquillement et son pistolet lui a fondu dans la main. J'ai éclaté de rire, et l'agresseur a pris un air dépité. J'ai éprouvé de la sympathie pour lui, et j'ai pensé qu'il m'avait fait une bonne blague avec son pistolet fondu. Depuis ce jour (1982), je n'ai plus fait un seul cauchemar.

Jean-Louis a eu une expérience similaire, sans passer par l'étape agressive. Il rêvait souvent qu'il se trouvait toujours dans la caserne où il avait fait son service militaire, avec le sentiment qu'il y était depuis 20 ou 30 ans sans pouvoir en sortir, ce qui virait au cauchemar. Jusqu'à ce qu'une nuit, il rêve qu'alors qu'il était face au colonel, il déchirait ses papiers militaires, les lui envoyait à la figure et sortait enfin définitivement de la caserne.

Il nous a fallu environ un mois à l'un et à l'autre pour arriver à ce résultat, à partir du moment où nous avons commencé à noter nos rêves.

Quelques temps plus tard, est arrivée à l'hôpital⁵⁸ une jeune fille de 17 ans. Elle avait été violée à l'âge de 14 ans et chaque nuit faisait le même cauchemar au cours duquel elle revivait ce viol. Elle était terrifiée à l'idée de s'endormir, se réveillait plusieurs fois au cours de la nuit et tentait alors de se tuer pour échapper à ce cauchemar. Nous travaillions alors de nuit, et devions faire des rondes toutes les 10 minutes pour dénouer le foulard avec lequel elle tentait de s'étrangler, enlever des médicaments cachés sous son oreiller, ou le couteau subtilisé au cours d'un repas, ou une provision de médicaments soustraits à son traitement, etc...

En désespoir de cause, Jean-Louis lui a proposé cette méthode. Elle s'est montrée intéressée et a commencé à noter ses rêves. Chaque jour elle lui faisait lire le nouveau, et comment elle avait réagi face au danger. A partir de ce moment-là, elle a cessé de vouloir se tuer: ses rêves devenaient pour elle des objets d'étude, elle avait trouvé un moyen d'agir sur eux et ne se sentait plus sans défense.

Environ un mois après, alors que nous embauchions, elle se précipita vers nous en s'écriant «Ça y est, je l'ai eu ! » Elle avait rêvé qu'elle rencontrait son violeur dans l'ascenseur de l'hôpital et qu'elle lui avait flanqué une correction monumentale qui l'avait laissé sur le carreau.

Ce rêve a mis un terme à ses cauchemars et à ses problèmes de sommeil. Elle est sortie de l'hôpital peu après.

Toutefois je dois dire que la réunion de synthèse qui lui a été consacrée avant sa sortie était peu orthodoxe, l'équipe, qui découvrait l'origine du changement, hésitant entre étonnement, méfiance et incrédulité, ce qui était compréhensible dans la mesure où cette méthode, dont ils n'avaient jamais entendu parler, ne cadrait pas du tout avec la conception freudienne des rêves comme produits d'un inconscient poubelle peuplé de désirs refoulés.

Mais les résultats étaient là : cette patiente ne faisait plus de cauchemars, ne tentait plus de se tuer, n'était plus angoissée et avait envie de se concentrer sur son avenir professionnel. Ayant atteint la majorité entre temps, elle voulait sortir de l'hôpital pour vivre sa vie, et n'a plus jamais été hospitalisée : elle a trouvé un travail qu'elle souhaitait faire auprès des animaux, et a trouvé un ami, gendarme.

J'ai ensuite proposé cette méthode en tant que psychothérapeute (2003-2016) à une jeune femme qui avait également subi un viol et était dans une situation comparable à la jeune fille hospitalisée, à cette différence près qu'elle ne commettait pas de tentative de suicide mais était extrêmement déprimée et désemparée.

58. Nous étions infirmiers de secteur psychiatrique dans un hôpital public.

Je l'ai vue trois fois au cabinet: lors du premier rendez-vous où je lui ai communiqué cette méthode, puis lors du second, une semaine plus tard, où elle avait commencé à noter ses rêves, et le troisième, deux semaines plus tard, où elle ne faisait plus de cauchemar. Il lui avait fallu trois semaines pour s'en débarrasser, en réussissant à affronter et vaincre son violeur. Elle était stupéfaite lors du dernier entretien, répétant « C'est incroyable ! C'est incroyable ! ». Elle n'était plus déprimée du tout, dormait bien, et apprenait à apprécier la vie sans ce lourd couvercle au-dessus de la tête.

Toutefois, dans ces deux contextes, même si les résultats étaient là et que l'objectif visé était atteint, il ne s'agissait pas tant de thérapie que de transmission d'information : il lui suffisait de connaître la méthode,

J'ai inclus un résumé des enseignements des Senoïs tirés du livre de Patricia Garfield, qui se trouve dans le livre « Des systèmes de contrôle ».

Dernier point relatif au chapitre « cauchemars »: en plus de noter mes rêves, j'évite de polluer inutilement mon univers mental avec des films violents: je préfère lire des polars, l'impact émotionnel n'est pas du tout le même. Et globalement je fais plus attention à ce avec quoi je nourris mon intellect.

Quelques éléments complémentaires sur les rêves

1. Un temps de vie augmenté

Ceci dit, une fois débarrassée des cauchemars, j'ai continué à écrire mes rêves. J'ai mis de côté tout ce que je connaissais sur le sujet, y compris la conception freudienne de l'inconscient et les aprioris que je pouvais avoir, pour m'intéresser au seul contenu et repartir sur la base de la seule expérimentation et l'observation de ceux-ci.. Écrire mes rêves était devenu une activité quasi quotidienne, et je découvrais un domaine d'activité de mon espace intérieur que j'ignorais auparavant.

Devenir plus conscient de ce que nous vivons en rêve donne l'impression de vivre deux fois plus longtemps: au lieu d'un temps de vie éveillée entrecoupé de trous noirs pendant la nuit, il y a ce qu'on vit quand on est éveillé, et ce qu'on vit quand on dort. Une dimension parallèle en quelque sorte. Ceci dit, si nous arrêtons de noter nos rêves, nous cessons de nous en souvenir. Donc cela demande de s'y mettre sérieusement et une certaine discipline.

2. Un langage symbolique spécifique à la dimension des rêves

Le langage des rêves est un langage symbolique: sa logique échappe à la logique rationnelle. Celle-ci n'est pas compréhensible tant que nous tentons d'interpréter ce qui se passe en rêve à travers ce que nous connaissons de la réalité physique. Nous sommes face deux niveaux de réalité différents qui ne fonctionnent pas de la même façon, mais selon des « lois » différentes : les lois du monde physique ne sont pas transposables à celles du monde des rêves.

Les symboles qui peuplent nos rêves ont un sens précis, celui qu'ils représentent pour nous. Un symbole est un signe qui représente quelque chose. Or

les symboles ne représentent pas la même chose pour tout le monde, ils n'ont pas un sens qui pourrait être généralisable à tout le monde. De plus, un même symbole peut avoir un sens différent pour nous en fonction de ce que nous vivons éveillés à différentes étapes de notre existence. C'est pourquoi nous sommes les seuls à pouvoir les décoder; personne ne peut le faire à notre place et venir nous dire « Tu as rêvé de telle chose donc cela veut dire telle chose. » Il s'agit d'un langage crypté, que nous sommes seuls à pouvoir décrypter.

La symbolique du rêve correspond au « langage des oiseaux » des anciens: *«Le sens des mots dans les rêves est exploré la première fois par le psychiatre [Carl Gustav Jung](#) qui, en fondant la [mythanalyse](#), pose que « Si abstrait qu'il soit, un système philosophique ne représente donc, dans ses moyens et ses fins, qu'une combinaison ingénieuse de sons primitifs ». Le mot, en plus d'avoir un sens abstrait est chargé émotionnellement.*

Étienne Perrot, continuateur de Jung, fait de la langue des oiseaux et des jeux de sonorités une capacité du rêve d'exprimer de manière parallèle une réalité psychique²¹ :

« Cette [synchronicité](#), ces écoutes extérieures et intérieures, ces doubles lectures, nous les apprenons donc d'abord dans les rêves. Les rêves nous apprennent à décrypter la réalité. Les rêves, c'est bien connu, prennent très souvent des matériaux de la vie diurne, mais c'est pour nous apprendre à les lire autrement . Cette lecture renferme un élément très important, qui est le décryptage des mots suivant des lois qui ne sont pas des lois causales, mais des lois phonétiques, suivant le mode de formation des calembours. C'est ce qu'on appelle « la langue des oiseaux », et c'est cela, d'une façon précise, ce que les alchimistes appelaient « la gaie science » (Wikipedia, la langue des oiseaux).

3. Des rêves relatifs à des événements futurs

La relecture des rêves permet d'en découvrir des aspects surprenants: Vous vous apercevez parfois en les relisant que certains rêves concernent des événements qui se sont produits après que vous les avez faits, ce que vous ne pouviez savoir au moment où ils ont eu lieu, ni quand vous les avez retranscrits le lendemain.

Pour prendre conscience de cet aspect quand survient l'événement auquel le rêve fait allusion, il faut en avoir gardé le souvenir, ou l'avoir écrit après sa survenue, avec la date. Cette retranscription est alors un élément tangible, objectif, auquel nous pouvons ensuite nous référer pour comparer ensuite les similitudes avec l'événement qui se produit par la suite.

Parfois vous avez oublié que vous aviez fait ce rêve, mais la relecture de sa retranscription sur le cahier permet de s'apercevoir des synchronicités entre celui-ci et l'événement auquel il se réfère.

C'est ce qu'on appelle des rêves prémonitoires. `Tout le monde en fait, il n'y a rien de magique là-dedans, mais si on ne note pas ses rêves, on passe complètement à côté.

Parfois certains rêves reviennent de façon récurrente: ils signalent souvent un aspect dans notre vie éveillée auquel prêter attention. Exemple: je rêve plusieurs fois de suite que je perds mon portefeuille ou mon sac, sans comprendre pourquoi.

Jusqu'à ce qu'un samedi soir, arrivant à la caisse au moment de la fermeture, je m'empresse de payer, et j'oublie mon portefeuille. Je l'ai retrouvé le lundi matin à l'accueil. Fin des rêves sur le portefeuille. Mais depuis, je fais plus attention à mon portefeuille.

J'ai également suivi l'indication d'un rêve en 1997 à la mort de William Burroughs, qui était un ami. Nous venions d'avoir internet, et j'avais une documentation importante sur lui que je souhaitais partager avec d'autres gens, quand je suis tombée sur un mémorial qui lui était consacré aux États-Unis, dans lequel s'exprimaient de nombreux lecteurs. La nuit suivante, j'ai rêvé que j'envoyais de nombreux messages à des gens, sous la conduite d'un instructeur. Le lendemain, j'ai commencé à envoyer à des participants à ce mémorial un message dans lequel je proposais de leur envoyer gratuitement les plans d'une dreamachine que j'avais réalisée⁵⁹ : il s'agissait d'une machine mettant le cerveau en ondes alpha, inventée au départ par Brion Gysin et William Burroughs et utilisée en méditation; mes plans étaient différents des plans originaux et accessibles à tous.

En l'espace de quelques jours, environ 300 personnes ont répondu favorablement. Je leur ai donc envoyé les plans, suite à quoi ils m'ont envoyé en retour ce qu'eux avaient fait de leur côté sur Burroughs (écrits, musiques, collages, etc.). C'est ainsi qu'est né Interzone, le réseau burroughsien que j'ai animé jusqu'en 2013. Il comprenait surtout des Américains, très peu de gens en France, où Burroughs est moins connu.

Mais parfois ces rêves prémonitoires concernent des détails infimes: nous allons rêver d'une image ou d'une scène que nous allons voir peu après à la télévision, ou dans la rue, etc. Un jour j'étais chez moi en train de faire la vaisselle quand le souvenir du rêve de la nuit précédente m'est revenu: j'étais en compagnie d'un instructeur qui me montrait moi devant l'évier le lendemain en train de faire la vaisselle. Je suppose que c'était un cours accompagné d'un exercice pratique sur les liens et les articulations entre le monde éveillé et le monde du rêve.

Certains rêves sont reliés les uns aux autres : ils se situent dans le même endroit spécifique aux rêves, ou continuent la suite d'une histoire qui se déroulait dans un rêve précédent, comme les épisodes d'une série télévisée.

Ainsi, les rêves peuvent avoir aussi une fonction complémentaire à la vie éveillée: certains contiennent des informations, des conseils, des indications sur des lignes à suivre en fonction des situations que nous vivons ou que nous vivrons dans le futur.

Une partie du livre de P. Garfield traite aussi des rêves lucides, mais je ne peux pas en parler, n'en ayant que peu d'expérience. Le grand spécialiste des rêves lucides était Hervey de Saint Denys⁶⁰. Un rêve lucide consiste à devenir conscient qu'on rêve au moment où on rêve, et à pouvoir en diriger le cours. Cela m'est arrivé

59. Voir la page [Machine à rêver/Dreamachine](#) qui rassemble les informations à ce sujet dans le site [Interzone Éditions](#), ainsi que le dossier [Dossier dreamachine / machines à rêver \(12 janvier 2020\)](#) lui est consacré.

60. Voir Léon d'Hervey de Saint Denys, *Les rêves et les moyens de les diriger* [en ligne sur Wikisource](#).

deux ou trois fois, mais je n'apprécie pas spécialement ce genre de rêves : je n'ai pas envie d'en contrôler la suite, préférant laisser au dit « Inconscient » l'écriture du scénario, parce que je sais qu'il est en fait bien plus conscient que ce que ma conscience personnelle peut en appréhender et que celle-ci limite le contenu du rêve. En outre la prise de conscience de mon corps couché en train de rêver parallèlement s'accompagne d'une sensation de lourdeur qui me déconnecte de l'impression de légèreté spécifique au rêve.

Qu'est-ce qui se passe là exactement ? Nous n'en savons rien, allons voir

Quand nous dormons, notre corps repose sur notre lit, mais en rêvant, nous vivons des événements donnés, éprouvons des impressions, des sensations, etc., précises, parfois vivaces et réalistes dont nous gardons le souvenir une fois réveillés et qui peuvent alors nous parasiter dans le cas des cauchemars, ou inversement qui nous laissent le souvenir d'un temps de repos, de détente, et qui constituent une pose quand nous vivons des événements pénibles et éprouvants dans notre vie de tous les jours.

Au cours des rêves, nous pouvons réaliser des choses impossibles dans la vie physique, comme nous envoler, passer sans transition d'un endroit à un autre, y rencontrer des gens disparus que nous aimons et continuer de partager des moments avec eux, visiter des endroits où nous nous sentons bien, etc.

Ainsi, le monde du rêve se situe dans une autre dimension, indépendante des lois de notre monde physique. Apparemment, notre organisme est aussi conçu pour accéder à cette dimension: tout le monde dort, le sommeil nous est indispensable, ainsi que les rêves, même si nous ne nous en souvenons pas. Autrement dit, il n'y a rien de plus naturel que de dormir et de rêver. Les chiens et les chats, entre autres, rêvent aussi.

Cette question de compréhension en termes de physique est importante, elle évite l'écueil suivant: face à des événements que nous ne comprenons pas, nous pouvons être amenés à douter de nous-mêmes, ou à nous poser des questions sur notre santé mentale: « Si ce que je vis est incompréhensible et « impossible », c'est que je deviens fou. » Grossière erreur ! Là encore, rien ne vaut la confrontation aux faits pour résoudre le problème:

Je fais tel rêve à une date 1. Il se réfère à un événement survenu à une date 2, ultérieure, ce que j'ignore au moment où je fais ce rêve. Ce n'est que plus tard, quand l'événement auquel il se réfère aura eu lieu, que je pourrai m'en rendre compte. Quand je le réalise, je suis confrontée à un phénomène inconnu, dont la compréhension m'échappe.

Je peux réagir de plusieurs façons devant cette confrontation à l'inconnu (et à mon ignorance) :

- a) Je peux avoir peur, occulter ce que je constate ou décider de ne pas en tenir compte, mais cela ne règle rien.
- b) Je peux en déduire des conclusions fausses : « Je deviens fou. », ou penser que je suis face à un événement « surnaturel ». En réalité, il est aussi naturel de rêver que de dormir ou de manger. Il s'agit d'une fonction comme une autre de notre organisme, à cette différence près que nous en ignorons davantage à son

sujet que ce que nous en connaissons, etc.

- c) Je peux aussi décider de me confronter au phénomène et d'aller voir ce qui se passe là en m'attachant uniquement aux faits, aux faits, aux faits, les observer, les décrire et prendre le temps de voir ce qu'il en ressort, les comparer avec d'autres rêves, avant d'en déduire quoi que ce soit.

Ainsi, si je peux lire le compte rendu du rêve daté, ce compte-rendu est bien réel ; il témoigne du fait que j'ai bien fait ce rêve à ce moment précis, et que l'événement ultérieur auquel il se réfère, qui s'est produit ensuite dans le monde physique, a bien eu lieu. J'en déduis alors qu'il y a de grandes chances pour que mon cadre de compréhension, qui me fait considérer ce que je vis là comme « impossible », ainsi que ma vision de « la réalité », ne soient pas adaptés. Dans ce cas il convient de les remettre en question en cherchant d'autres cadres de compréhension plus similaires aux faits et susceptibles d'y apporter des explications plus satisfaisantes.⁶¹

Or ce qui nous pose problème ici, c'est que nous appréhendons le monde du rêve avec les lois du monde physique que nous connaissons, ou avec des théories psychologiques nées au XIX^{ème} siècle. Ces grilles d'explications limitent et faussent doctrinalement notre vision de la réalité et sont scientifiquement en grande partie dépassées. Le monde du rêve et le monde physique ne fonctionnent pas de la même façon; le premier est indépendant des lois physiques, il obéit à d'autres lois.

William Burroughs disait qu'une des fonctions des rêves consiste à nous faire voyager sur notre propre trajet temporel, passé, présent et futur. C'est incompréhensible selon les lois du monde physique, mais cela devient plus clair en introduisant cette notion de dimension parallèle qui n'était pas incluse comme donnée auparavant dans notre façon de poser le problème. D'où l'importance de prendre en compte d'une part le résultat de nos observations personnelles et d'autre part les données scientifiques de notre époque, qui peuvent nous permettre d'avancer à partir d'une démarche basée sur l'observation des faits, leur description, l'élaboration d'hypothèses et l'expérimentation, ce que chacun peut faire en écrivant ses rêves. En appréhendant ceux-ci non plus à travers les paramètres de la vision rationaliste héritée du XVII^{ème} siècle, mais de ceux du XXI^{ème}, ce qui était incompréhensible auparavant dans le cadre des paradigmes scientifiques précédents peut devenir compréhensible.

En conclusion, je vous communique cette méthode parce qu'elle m'a rendu service, mais ce n'est pas « ma » méthode. Je ne suis pas une « spécialiste » des rêves: j'ai seulement eu la chance de tomber au bon moment de mon existence sur les informations qui m'ont permis d'aborder ce domaine avec curiosité et intérêt, de

61. Voir à ce sujet dans le blog [Pour une économie non-aristotélicienne](#) les articles suivants : [2. La démarche des mathématiciens](#) (8 décembre 2010), [3. Application de la démarche des mathématiciens en économie](#) (21 décembre 2010) et [Alfred KORZYBSKI: Démarche des mathématiciens: Extraits du « SEMINAIRE DE SEMANTIQUE GENERALE 1937](#) (janvier 2011). J'ai procédé en appliquant cette démarche au domaine du rêve, tout comme je l'ai fait en économie.

les utiliser efficacement dans ma vie éveillée, et la constance de continuer à les noter depuis 39 ans.

D'après ce que j'ai pu constater, elle s'est montrée aussi efficace pour les personnes de ma connaissance qui l'ont appliquée. Ceci dit, je ne suis pas anthropologue, je ne connais pas la culture des Senoïs hormis ce que j'en ai lu dans le livre de Patricia Garfield, et je n'ai aucune croyance la concernant, ni en ce qui concerne les rêves: ce qui m'intéresse, ce ne sont pas les croyances de quelque ordre que ce soit, mais de pouvoir comprendre, dans la mesure de mes possibilités, ce qui se passe là exactement. Ce qui m'importait quand je l'ai découverte était de voir si elle permettait vraiment d'éliminer les cauchemars et si elle était efficace. Je la considère comme un outil utile, pratique et naturel, qui a le mérite de pouvoir être utilisé par tout le monde, gratuitement, sans avoir besoin de quiconque pour le faire, et sans autre prétention.

Quant aux autres éléments donnés ici sur les rêves, ils proviennent de mes propres observations, qui sont limitées à l'expérience que j'en ai, lesquelles n'engagent que moi, et ne sauraient tenir lieu de vérité.

A partir de là, il appartient à chacun de faire ensuite sa propre expérimentation et sa propre recherche s'il le souhaite. Même s'il y a longtemps que je note mes rêves, je n'en ai exploré que certains aspects. D'autres observateurs ont orienté leurs recherches sur des niveaux que je n'ai qu'entrevis, tels les rêves lucides. Mais peut-être sommes-nous face à un territoire bien plus vaste que ce que nous sommes en mesure d'en appréhender. La recherche est ouverte, elle fait partie de la découverte et de l'exploration de notre espace intérieur, elle est à la portée de chacun.

Les problématiques de l'Occident: des implications en sciences humaines du travail de recherche de Michel Onfray sur Freud

Au-delà de la polémique entre partisans et détracteurs de la psychanalyse, de nouveaux axes de recherche sur le psychisme humain.

Le livre de Michel Onfray sur Freud, "*Le Crépuscule d'une idole, l'affabulation freudienne*" (Grasset) et les réactions d'Élisabeth Rudinesco ont engendré une polémique sur Freud en particulier, et la psychanalyse en général, entre anti et pro freudiens. Mon propos n'est pas de prendre parti pour ou contre qui que ce soit, mais de considérer les conséquences de ce débat, qui me semblent fondamentales au niveau humain.

La question de la validité de Freud ne me paraît pas limitée à des questions académiques et débats d'initiés entre spécialistes ou entre partisans et détracteurs de Freud et de la psychanalyse. Elle s'étend à notre vision du psychisme humain, autrement dit, à notre vision de l'homme, de nous-mêmes, et du monde aujourd'hui.

Comment aller au-delà de cette polémique, tenter de mettre de l'ordre et avancer dans cette question ? C'est ce que nous allons tenter de faire ici, avec le recul de quelques années.

1. Présentation du cartographe

" Une carte nécessite un cartographe et un terrain. Tout ce que l'homme peut connaître est un phénomène dû conjointement à l'observateur et à ce qu'il observe. Pour être complète, une carte devrait représenter une "carte de la carte" ainsi que le cartographe, la carte et le cartographe faisant partie du terrain au moment où la carte est dressée." Alfred Korzybski

Une présentation honnête implique de savoir qui dit quoi et sur quoi il se base pour fonder son propos. En ce qui me concerne, je parle ici en tant qu'infirmière de secteur psychiatrique, formée à la fin des années soixante-dix, à une époque où la psychanalyse constituait une des grilles de référence des psychiatres hospitaliers qui ont été mes professeurs, et dont certains étaient eux-mêmes en analyse. Ils s'inspiraient également de la psychothérapie institutionnelle pratiquée à la clinique de La Borde à La Cour Cheverny. J'ai ensuite travaillé quinze ans en psychiatrie publique, puis, suite à la réduction des effectifs et à la dégradation de la qualité des soins et du travail, j'ai démissionné de la fonction publique en 1991. J'ai recommencé à travailler en 2000, en Belgique puis en France. Tout en continuant à faire des remplacements infirmiers, j'ai travaillé comme psychothérapeute en libéral (2003-2016).

Dans le contexte des années soixante-dix, la psychiatrie que j'ai découverte était profondément humaniste. Les médecins et les équipes soignantes qui l'exerçaient témoignaient, avant toute considération théorique, d'un respect des patients: ceux-ci étaient consultés sur les effets de leurs traitements, informés des médicaments qu'ils prenaient. L'hôpital était un lieu de soin, mais également un lieu de vie.

La grille freudienne était, et est toujours, la référence officielle de la nosographie psychiatrique. En commençant mes études d'infirmière psy, je connaissais de Freud ce que j'en avais étudié en philo, et les livres que j'avais lus de lui dans ce contexte ("*Introduction à la psychanalyse*", "*Totem et Tabous*" et "*Moïse et le Monothéisme*").

2. Une première approche non psychiatrique de la folie

Toutefois ma première approche de la folie ne s'est pas située dans le milieu psychiatrique, mais en Inde, où Jean-Louis, mon mari, et moi-même avons voyagé en 1974 et 1975, et dont nous avons fait le tour en camion-stop, avec des routiers sikhs.

Un jour, lors d'un arrêt dans un relais pour routiers, une cabane en bois qui n'offrait que du thé et des petits gâteaux, une vieille femme en haillons qui était assise dans un coin de la cabane en bois se lève et commence à insulter copieusement et violemment les clients, passant de table en table. Arrivée à la nôtre, vient le tour de mon mari, Jean-Louis, qui en prend pour son grade; j'appréhende intérieurement l'orage qui va me tomber dessus, mais elle m'ignore et va invectiver le client de la table suivante. A notre grand étonnement, autant le patron que les clients restent de marbre, faisant comme si de rien n'était. Le routier qui se trouvait assis derrière nous se lève et vient nous dire de rester calmes et de ne pas avoir peur: cette femme, qui n'a plus toute sa tête, en veut à tous les hommes depuis que son mari l'a abandonnée: elle les identifie tous à son mari et s'en prend à eux à la place de ce dernier. Il nous explique ensuite qu'en Inde, les fous sont considérés comme des gens sacrés qui relient le ciel et la terre, et ont une fonction spirituelle, en échange de quoi la population est chargée de subvenir à leurs besoins matériels (nourriture, hébergement), considérant les aspects fantasques et non conventionnels de leur comportement comme des occasions de s'entraîner à la patience afin de pouvoir accéder au nirvana . En conséquence, le patron du relais héberge cette femme et subvient à sa nourriture, avec l'aide des consommateurs, indépendamment de leurs religions respectives. Il y avait là des routiers sikhs, mais également des hindous, des chrétiens et des musulmans. Durant cette explication, nous constatons que non seulement les clients acceptent sans broncher de se faire insulter, mais qu'en partant, ils laissent par-dessus le marché, en plus du prix de leur consommation, de l'argent pour l'entretien de cette femme. Inimaginable en Occident où le comportement de celle-ci aurait donné lieu à l'intervention de la police dans les minutes suivantes et se serait terminé par un internement en psychiatrie! Autre civilisation, autre vision de l'homme et du monde, autre conception de la folie et autre sensibilité sociale à celle-ci.

Je dois dire que, même si au premier abord, la scène que j'observais à ce niveau était pour moi très étonnante, le résultat pratique sur le plan humain et social me semblait satisfaisant pour tout le monde. Dans un tel contexte, nos termes de maladie mentale, de psychiatrie, nos notions de psychose et de névrose, ainsi que notre carte du psychisme humain, sont dépourvus de sens et n'ont pas lieu d'être.

Or, comparée à cette conception de la folie, la psychiatrie dans le cadre de laquelle j'ai travaillé, en dépit de son humanisme, reposait sur une mise à l'écart des fous hors du champ social, et sur une vision de la folie sous l'angle unique de la pathologie. Les expériences qui ont été réalisées pour rompre avec cette mise à

l'écart, que ce soit à travers l'anti-psychiatrie de Laing et Cooper, ou la psychothérapie institutionnelle, sont restées marginales, malgré leurs avancées sur le plan humain, et, dans le contexte psychiatrique présent, trente ans après la disparition des études d'infirmiers en psychiatrie, elles ne sont plus enseignées et ont été effacées de la plupart des mémoires.

3. Histoire de la folie

Les notions de maladie mentale et de santé mentale, les seules à travers lesquelles nous appréhendons la folie de nos jours, sont récentes, y compris dans notre civilisation.

« Il m'a semblé que la folie était un phénomène de civilisation aussi variable, aussi flottant que n'importe quel autre phénomène de culture, et c'est au fond en lisant des livres américains sur la manière dont certaines populations primitives réagissent au phénomène de la folie que je me suis demandé s'il ne serait pas intéressant de voir comment notre propre culture réagit à ce phénomène.

Il y a des civilisations qui l'ont célébrée, d'autres qui l'ont tenue à l'écart; il y en a d'autres qui l'ont soignée, mais ce sur quoi je voulais insister c'est précisément sur le fait que soigner le fou n'est pas la seule réaction possible au phénomène de la folie. Je crois que parmi les fous il y a des gens aussi intéressants que chez les normaux et également autant qui sont inintéressants. Il n'y a pas de culture sans folie et c'est ce problème absolument général des rapports d'une culture avec la folie que j'ai voulu étudier sur un cas précis, c'est-à-dire sur les réactions de la culture classique à ce phénomène qui paraît si opposé au rationalisme du dix-septième siècle et du dix-huitième siècle et qui est la folie.

Je crois que le dix-septième siècle représente précisément un tournant: avant le dix-septième, en tout cas jusqu'au début du dix-septième, jusqu'à l'âge baroque à peu près, le fou a une existence entièrement libre. Il était en quelque sorte à la surface de la culture et il y vivait d'une présence extraordinairement visible. Il y avait des fêtes des fous, il y avait tout un théâtre consacré à la folie, le fou lui-même avait une place dans la littérature, il y avait une iconographie de la folie, c'est Jérôme Bosch, c'est Bruegel également; bref, on peut dire que le seizième siècle et le début du dix-septième siècle ont été surplombés par le thème de la folie comme la fin du seizième et le début du quinzième l'avaient été par la hantise de la mort. A ce moment-là, la folie était un phénomène tellement institutionnel et reconnu que certains fous, et l'un d'entre eux en particulier qui s'appelait Bluet d'Arbères, ont publié leurs œuvres, ou plutôt des gens ont publié pour eux des textes tout à fait extraordinaires, absolument illisibles d'ailleurs, et qui servaient de distractions. C'étaient des poèmes, c'étaient des histoires, c'étaient des romans et au fond jusqu'à un certain point, le Don Quichotte de Cervantès peut s'inscrire dans toute cette grande tradition de la littérature de la folie ou de la littérature sur la folie.

Et je crois que toutes les familles ont toujours été de tous temps très ennuyées d'avoir des fous. Chaque village, chaque quartier, les villes, avaient leurs fous qui étaient entretenus, qui étaient soignés, qui étaient jusqu'à un certain point honorés. Mais justement je crois que ce qui a commencé à faire changer le statut du fou, c'est à partir du moment où la famille sous sa forme bourgeoise a pris dans la société une grande importance.

Et c'est au dix-septième siècle, quand les normes économiques de la vie ont changé, à l'époque du mercantilisme, que le fou, personnage oisif, personnage qui dépensait de l'argent et qui ne rapportait rien, le fou est devenu terriblement encombrant. Et la sensibilité sociale à la folie a changé en fonction, me semble-t-il, de ces phénomènes économiques.

A notre époque, notre culture est une culture dans laquelle tout le phénomène de la folie a été confisqué par la médecine. Pour nous, un fou c'est un malade mental. Or cela n'a pas été vrai de tous temps. Le fou, au dix-septième et au dix-huitième siècles, n'était pas un malade mental, c'était avant tout un asocial. On enfermait les fous avec d'ailleurs bien d'autres asociaux dans des sortes d'asiles. C'étaient les hôpitaux généraux en France et là, on les faisait travailler. On les faisait travailler à de grandes entreprises, à des manufactures où on leur faisait fabriquer par exemple de la toile, de la corde, etc. et ils avaient un rôle réel dans la vie économique. Cela a changé, là encore, pour beaucoup de raisons; avant tout, je crois pour des raisons économiques, quand on s'est aperçu que ces grandes institutions où l'on enfermait les fous avec tous les oisifs, tous les pauvres, tous les mendiants, tous les vagabonds, avec les libertins, les homosexuels, avec les prostituées, etc., quand on s'est aperçu que ces vastes institutions ne correspondaient au fond à aucune utilité véritable. On s'est aperçu qu'elles coûtaient de l'argent, qu'elles retiraient de la circulation une main d'œuvre qui était utilisable, alors à partir de ce moment-là on a supprimé toutes ces institutions, ou plutôt on en a chassé tous ceux qui n'étaient pas fous. Et maintenant les fous occupent les asiles, c'est-à-dire qu'ils sont maintenant les seuls à résider dans ces lieux d'internement qui avaient été aménagés pour bien d'autres aux dix-septième et au dix-huitième.

Je crois qu'actuellement il y a un phénomène très important qui se passe depuis Nietzsche, depuis Raymond Roussel, depuis Van Gogh, depuis Artaud surtout, la folie est redevenue ou commence à redevenir ce qu'elle était aux quinzième et au seizième siècles, c'est-à-dire un phénomène de civilisation extraordinairement important. Et, de même que la folie avait été au seizième siècle, début du dix-septième siècle, chargée de porter en quelque sorte la vérité, de l'exprimer dramatiquement, eh bien il semble que maintenant la folie retrouve un petit peu de cette mission, et qu'après tout, une part de la vérité contemporaine, de la vérité de la culture contemporaine, a été proférée par des gens qui étaient à la limite de la folie ou qui faisaient de la folie l'expérience la plus profonde comme Roussel, Artaud. »

(Michel Foucault , entretien avec Nicole Brice, 31 mai 1961, radio diffusé sur France Culture).

Le livre du Docteur Cabanes, [Moeurs intimes du passé, troisième série](#) ⁶² contient de nombreuses informations sur les conceptions de la folie du moyen âge au XVIIIème siècle.

62. Publié chez Albin Michel, 1954, 388 pages, couverture illustrée. Le Docteur Augustin Cabanès (1862-1928) est médecin, journaliste et historien français. Il est principalement connu pour ses ouvrages sur les mystères de l'histoire de la médecine. En ligne dans le site de Gallica, la bibliothèque numérique de la Bibliothèque Nationale de France, à <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5667408z/f1.image.texteImage>

4. Une remise en question de la nosographie psychiatrique

La remise en question du travail de Freud par Michel Onfray ne concerne pas seulement la psychanalyse: elle s'étend à toute la nosographie psychiatrique officielle, y compris au DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) de l'Association Américaine de Psychiatrie qui constitue la classification officielle en matière de pathologies mentales.

a) Postulats de la nosographie psychiatrique

Le domaine de la santé est encore structuré selon la perspective classique, cartésienne, qui considère l'homme en isolant d'un côté le psychisme, d'un autre le corps, et d'un autre encore le milieu dans lequel il vit. Selon cette conception, il y aurait "soit" des maladies du corps, qui relèvent de la médecine somatique, "soit" des maladies mentales qui relèvent de la psychiatrie, ces maladies étant considérées comme inhérentes aux gens qui en souffrent, l'influence du milieu dans lequel ils vivent étant généralement négligée.

Le savoir psychiatrique est un domaine extrêmement vaste, qui comprend de nombreux courants, de nombreuses théories qu'il serait trop long d'énumérer ici, c'est pourquoi le terme "nosographie psychiatrique" se réfère à la conception officielle, à la grille en usage dans la psychiatrie publique exercée dans les hôpitaux de l'État. Cette grille, élaborée par Freud à la fin du siècle dernier, y fait toujours autorité.

La classification élémentaire de la psychiatrie clinique scinde les maladies mentales en deux grands groupes: les névroses et les psychoses.

- les névroses surgiraient des conflits entre les pulsions instinctuelles et les interdits socio-culturels. Ces conflits seraient de nature sexuelle et trouveraient leur source dans l'enfance. Le refoulement de ces pulsions sexuelles engendrerait un sentiment de culpabilité qui s'exprimerait à travers divers symptômes dont l'angoisse. Freud a décrit ces symptômes et distingué un certain nombre de sortes de névroses (obsessionnelle, phobique, hystérique, etc...). La personne atteinte de névrose en souffre, elle est consciente de ses troubles mais ceux-ci n'altèrent pas en principe le contact avec la réalité et ne sont pas incompatibles avec la vie sociale. L'origine du traumatisme se situerait dans l'enfance vers trois à cinq ans, aux alentours du complexe d'Œdipe, décrit également par Freud. Les névroses reposeraient sur une problématique de culpabilité.

- les psychoses seraient dues à un traumatisme infantile antérieur au complexe d'Œdipe, avant trois ans. Le point commun des psychoses est le délire, c'est-à-dire *"un état d'un malade qui émet des idées fausses, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence, généralement centrées sur un thème personnel."* L'O.M.S. définit le psychotique comme *quelqu'un "dont le fonctionnement mental est altéré au point qu'il n'est plus capable de faire face aux exigences de la vie en société ni de maintenir le contact avec la réalité."* La personne délirante n'est pas censée être consciente de son trouble. Elle peut avoir des hallucinations, auditives ou visuelles. Certaines personnes sont dites délirantes sans pour autant avoir d'hallucination. Une hallucination est toujours considérée comme un phénomène délirant.

Certaines psychoses sont dites aiguës, survenant brutalement pour disparaître au bout de quelques semaines (bouffées délirantes), d'autres sont dites chroniques, c'est-à-dire qu'une fois apparues, elles peuvent durer des années, sinon toute la vie. Certaines psychoses aiguës peuvent se transformer en psychoses chroniques.

Les psychoses, comparativement aux névroses, sont considérées comme des maladies graves. Elles reposent sur une problématique existentielle.

- à côté des psychoses et des névroses proprement dites, cette classification parle également de "structure de personnalité névrotique ou psychotique" chez des personnes dont certains traits de caractère rappellent celles des névroses ou des psychoses, sans qu'elles soient obligatoirement amenées à consulter un psychiatre. Il peut également exister des symptômes névrotiques chez une personnalité psychotique et réciproquement. Tout ceci est extrêmement complexe, mais en résumé, selon cette théorie, il n'existe pas d'être humain dépourvu de trait de personnalité névrotique ou psychotique, car, selon Freud, *"il n'existe pas de différence fondamentale entre l'individu réputé normal et le névrosé"*. Par voie de conséquence, tout être humain est considéré à priori comme étant "soit" névrosé, "soit" psychotique.

Ainsi, la nosographie psychiatrique repose sur les trois postulats suivants:

- 1) Les névroses reposent sur une problématique de culpabilité,
- 2) Les psychoses reposent sur une problématique existentielle,
- 3) Tout individu est soit névrosé, soit psychotique.

En fonction de ces postulats, si tant de gens sont si angoissés, c'est bien entendu parce qu'ils sont malades. Mais, s'ils sont malades, ne peut-on les guérir ? Les guérir! s'écrient les hommes de l'art, mais nous ne sommes pas là pour guérir les gens, car en psychiatrie, la guérison n'existe pas, on se contente de les soigner. Quel est alors le but des soins, s'ils ne visent pas à les guérir ? Il consiste à leur faire reconnaître l'existence de leurs troubles, à leur faire rechercher en eux les sources de leur maladie, et à leur faire accepter le fait qu'ils sont soit névrosés, soit psychotiques.

Mais en ce qui concerne ces problématiques, sur quoi reposent-elles ?

Dans le cas des névroses, de quoi tous ces gens se sentent-ils coupables ? Pourquoi y a-t-il conflit entre leurs pulsions sexuelles et les interdits socio-culturels ?

b) Postulats de la grille freudienne

C'est à partir de Freud, qui considérait la sexualité comme "digne d'objet d'étude", et à travers la diffusion de la psychanalyse, qu'est apparu en Occident le premier discours sur ce domaine, celui-ci étant auparavant considéré comme tabou, lié à un interdit. Ainsi Freud a été le premier à dresser une carte des divers comportements sexuels, en les définissant et en les classant à partir de critères de "normal" et de "pathologique":

"Introduction à la Psychanalyse", Payot, p. 287: *"Tant que nous n'aurons pas compris ces formes morbides de la sexualité, tant que nous n'aurons pas établi leurs rapports avec la vie sexuelle normale, il nous sera également impossible de*

comprendre cette dernière. Bref nous nous trouvons devant une tâche théorique urgente qui consiste à rendre compte des perversions dont nous avons parlé et de leurs rapports avec la sexualité dite normale".

Comment définit-il la "sexualité dite normale" ? *"L'acte sexuel normal est l'acte sexuel qui vise à obtenir l'orgasme par pénétration génitale avec une personne de sexe opposé." p. 299: "Ce que l'on appelle la vie sexuelle normale en dehors de la psychanalyse est une sexualité tout à fait restreinte, une sexualité mise au service de la seule procréation."*

Qu'entend-il exactement par "pervers" ? *"Ce qui caractérise les perversions, c'est qu'elles méconnaissent le but essentiel de la sexualité, c'est-à-dire la procréation. Nous qualifions en effet de perverse toute activité sexuelle qui, ayant renoncé à la procréation, recherche le plaisir comme un but indépendant de celle-ci.... tout ce qui sert à procurer uniquement de la jouissance reçoit la dénomination peu recommandable de "pervers" et est, comme tel, voué au mépris."*

Autrement dit, est perverse toute personne qui se livre à une activité sexuelle quelle qu'elle soit dans une autre intention que celle de procréer, en d'autres termes, au niveau des faits, tout le monde.

Voilà pourquoi "il n'existe pas de différence fondamentale entre l'individu réputé normal et le névrosé."

Sur cette base il a ensuite décrit une nosographie établie sur une liste des perversions qui n'existait pas avant lui et séparé les maladies mentales en deux grands groupes, les névroses et les psychoses. Il en découle que selon cette conception, tout être humain quel qu'il soit peut être considéré comme pervers de nature, ce que Freud a fait en faisant remonter la source de la perversion à l'enfance, définissant l'enfant comme un "pervers polymorphe".

Les postulats fondamentaux de cette théorie des perversions sont:

- la limitation de la sexualité à la procréation,
- l'identification du plaisir sexuel à une perversion,
- l'être humain est pathologique de nature, tout individu est soit névrosé, soit psychotique, il n'existe pas d'être humain mentalement sain.

En conséquence, toute la théorie freudienne des névroses est fondée sur le postulat que le plaisir sexuel ne se justifie que dans le but de perpétuer l'espèce et que, hors de ce cadre, il est pervers, "voué au mépris", associé à la réprobation, du domaine de l'interdit. A l'opposé, la sexualité dite "normale", uniquement destinée à la reproduction, est admise. La problématique de culpabilité repose donc sur la culpabilisation du plaisir sexuel, cette culpabilisation reposant sur le postulat que la sexualité hors du cadre de la reproduction est perverse, donc pathologique, et qu'en conséquence la nature humaine, de par le fait qu'elle est dotée d'un organisme capable d'une part, d'avoir des rapports sexuels indépendamment du fait de procréer et d'autre part, d'accéder au plaisir indépendamment des rapports sexuels, est perverse par essence.

Comment justifie-t-il le bien fondé des "interdits socio-culturels" ? "Introduction..." p. 291: *"Au point de vue de l'éducation, la société considère comme une de ses tâches essentielles de refréner l'instinct sexuel lorsqu'il se manifeste*

comme besoin de procréation, de le limiter, de le soumettre à une volonté individuelle se pliant à la contrainte sociale. La société est également intéressée à ce que le développement complet du besoin sexuel soit retardé... la sexualité, si elle se manifestait de façon trop précoce, romprait toutes les barrières et emporterait tous les résultats si péniblement acquis par la culture... Ne possédant pas assez de moyens de subsistance pour permettre à tous ses membres de vivre sans travailler, la société est obligée de limiter le nombre de ses membres et de détourner leur énergie de l'activité sexuelle vers le travail."

Or "limiter la procréation" avait peut-être un sens en Occident du temps de Freud, mais de nos jours, plusieurs décennies après l'apparition de la contraception, la question ne se pose plus en ces termes, du moins dans les pays industrialisés.

Qui plus est, Freud a élaboré sa grille à partir de l'observation de ses patients, issus de la bourgeoisie viennoise, et de sa propre conception, laquelle correspondait aux critères de pensée du XIX^{ème} siècle. Or la bourgeoisie viennoise d'il y a cent ans n'est pas transposable à la société française actuelle, de même que les conceptions de l'homme et du monde en vigueur à cette époque ne correspondent plus à celles d'aujourd'hui. Quant aux critères de scientificité en vigueur à l'époque de Freud, ceux du rationalisme cartésien, ils sont de nos jours dépassés depuis les découvertes du XXI^{ème} siècle en mathématique et en physique (mécanique quantique, théorie de la relativité).

c) Culpabilisation du plaisir sexuel: du dogme du péché originel à la théorie des névroses

Comment se fait-il alors qu'une institution officielle telle que la psychiatrie, qui tire sa légitimité de la scientificité dont elle se pare, puisse se réclamer encore de telles théories ? A partir de quoi Freud s'est-il permis de taxer le "perverse" la recherche du plaisir sexuel ? En vertu de quels postulats et de quel droit intervient-il ainsi dans la vie privée des gens, et s'autorise-t-il à considérer l'ensemble de ses contemporains comme un vaste réservoir de patients potentiels ?

Freud a érigé sa théorie en fonction des critères d'évaluation et de la conception de l'homme de la civilisation dont il était issu, sans avoir pour autant conscience des postulats qui la sous-tendaient. Ce faisant, il a structuré sa théorie à partir des postulats de cette conception, transposant dans celle-ci la morale et les dogmes religieux qui lui avaient été inculqués, et plus particulièrement ceux qui avaient trait à la sexualité. Ainsi, quoi que se plaçant dans une démarche scientifique en fonction des données de l'époque, il a calqué sa théorie des névroses sur le dogme du péché originel selon lequel tout homme serait coupable, dès sa naissance, du péché d'Adam et Eve, péché qui résiderait dans le fait d'être sexué. Il a établi une classification des névroses et des psychoses comparable à celle des péchés véniels et mortels établie avant lui par les théologiens, remplaçant la notion de l'homme pécheur par celle de l'homme névrosé. Toutefois, dans la mesure où, en tant que scientifique, il se plaçait dans le paradigme rationaliste qui opposait les sciences et les religions, il a substitué la notion religieuse de péché par celle, plus scientifique, de pathologie, interdisant, au nom des "résultats acquis par la culture", ce que d'autres avant lui avaient proscrit au nom de Dieu. Dans un cas comme dans l'autre, c'est de culpabilisation d'une fonction de l'organisme humain dont il est question, et à travers cette culpabilisation, d'infériorisation de la personne humaine.

Sa conception de la sexualité normale limitée à la reproduction, similaire à la conception officielle de la sexualité des animaux, repose sur la vision animalière de l'homme datant d'Aristote, qui définissait l'homme comme "un animal doué de raison, composé d'un corps et d'une âme". Cette fausse identification de l'homme à l'animal l'a conduit à étiqueter de pathologiques au niveau sexuel des spécificités de l'organisme humain, inhérentes à celui-ci.

Or de nos jours les espèces minérales, végétales, animales et humaines sont bien différenciées, et enseignées dès l'école primaire en CP: nous avons été habitués culturellement à cette identification antique de l'homme à l'animal, mais elle est tout aussi absurde que si nous identifions les animaux aux plantes, et les définitions comme "des plantes qui se déplacent", ou les végétaux aux minéraux, en les définissant comme "des minéraux qui poussent", ce qui ne viendrait bien évidemment à l'idée de personne.

Ne serait-ce qu'au niveau de la loi, si celle-ci m'autorise à tordre le coup de ma poule pour la manger, elle m'interdit de faire de même avec mon voisin.

d) Mise au point sur quelques concepts freudiens

- Concernant le **montant des honoraires** demandés par les psys de toutes sortes, la décision de les réglementer suffirait à assainir le créneau: pourquoi les rémunérations d'un analyste ou d'un thérapeute seraient-elles plus élevées que celles d'un médecin ? Et pourquoi les entretiens psychothérapeutiques ne seraient-ils pas remboursés ? Le postulat des analystes selon lequel le patient doit payer pour que la thérapie soit efficace est invalidé par la psychiatrie hospitalière et les entretiens psychothérapeutiques en CMP (centres médico-psychologiques), qui sont gratuits. Malheureusement, en raison de la baisse des effectifs soignants en psychiatrie, obtenir un rendez-vous en CMP peut demander plusieurs mois d'attente. Ce postulat limite de manière élitiste l'accès aux soins aux gens qui peuvent les payer, excluant d'emblée ceux qui en auraient le plus besoin dans la mesure où ils sont objectivement confrontés à des conditions de vie plus difficiles que les précédents, et à une souffrance psychique plus importante.

- Un autre point qui me paraît sujet à caution chez certains psychanalystes est la technique qui consiste à laisser parler le patient sans lui adresser un mot pendant la séance, ni lui donner d'indication dans sa recherche. Le but d'une thérapie consiste, pour la personne qui vient consulter, à soulager une souffrance psychique en l'aidant à trouver des solutions au problème qui l'amène. L'efficacité de la thérapie dépend de la capacité du thérapeute à lui apporter une aide lui permettant de trouver ces solutions. Or ce n'est pas en **gardant le silence** qu'il est possible de le faire. Cela nécessite un échange, entre le consultant qui vient en exposant son ou ses problèmes, et le thérapeute qui va l'aiguiller dans sa recherche de clarification intérieure.

- La **neutralité bienveillante**, sur laquelle est fondée l'écoute silencieuse du thérapeute, mérite ici d'être redéfinie: cette neutralité, qui implique de la part du thérapeute de ne pas prendre parti, de mettre de côté ses convictions personnelles, de se garder d'émettre des jugements de valeur et de se projeter sur son patient, n'implique en revanche pas de laisser les gens tourner en boucle éternellement dans

leur problématique, ce qui se passe bien souvent quand le thérapeute reste silencieux.

L'efficacité de la thérapie dépend alors de la capacité du thérapeute à cerner la problématique, et à aider le patient à remettre en question les postulats sur lesquels elle repose. Non pas en lui imposant la vision qu'il en a, mais en pratiquant une écoute à double niveau: l'écoute de ce que dit la personne elle-même, avec un état d'esprit ouvert qui permet de débusquer les faux postulats, ou les problèmes sous-jacents, puis à les lui présenter en termes d'hypothèses, dont il appartient ensuite à son patient de vérifier la validité. La prise de conscience de la fausseté d'un postulat engendre généralement une réaction de jubilation: la personne sait que c'est là que se situe le nœud, et qu'elle a trouvé la façon de le défaire. Elle est suivie d'une sensation de délivrance. Dans ce cas, le thérapeute sait qu'il a fait correctement son travail et que celui-ci est terminé. En cela, le travail thérapeutique me paraît proche de celui d'un enquêteur.

- Certaines personnes peuvent venir consulter pour de faux problèmes qui reposent sur des questions qui n'ont pas de sens, ou qu'il est impossible de résoudre parce qu'ils sont mal posés. Ce genre de motif de consultation peut être résolu très rapidement, en deux ou trois séances, indépendamment de toute recherche de traumatisme infantile. D'autres peuvent également venir pour des troubles qui sont du ressort d'un médecin ou d'un psychiatre vers lesquels il importe de les diriger. C'est pourquoi une thérapie qui s'étale sur des années ne me paraît pas efficace, et plus de l'ordre de la recherche personnelle que d'une thérapie proprement dite.

- Les relations de **transfert et de contre-transfert** entre le thérapeute et son patient m'apparaissent de l'ordre du dogme, et la croyance en leur nécessité me semble fausser la relation thérapeutique. Une relation de confiance, oui, mais de transfert, à savoir de sentiments à l'égard du thérapeute proches d'une relation amoureuse, me semble hors de propos, et de nature à favoriser l'emprise mentale. En revanche, une relation de confiance me semble indispensable. Or la confiance ne se décrète pas, elle se gagne, à travers l'efficacité du thérapeute: un entretien psychothérapique qui n'engendrerait aucun soulagement, ni aucune prise de conscience relative à la résolution des problèmes, m'apparaît dépourvu d'utilité, au même titre qu'un traitement physique qui n'engendrerait aucun soulagement du trouble pour lequel il est prescrit.

- Pour ce qui est de la carte de la psyché humaine reposant sur les notions **de conscient, d'inconscient, et de subconscient**, elle ne me semble plus valide aujourd'hui, de même que la conception du rêve comme le produit dudit inconscient, et l'interprétation de ceux-ci par un thérapeute. Dans quelque domaine de connaissance que ce soit, il y a une part de connu, une part d'inconnu mais potentiellement connaissable, et une part d'inconnaissable, du fait que ce que nous pouvons connaître est tributaire des capacités et des limites de notre système nerveux. En conséquence, ce que nous connaissons est du domaine du conscient, ce que nous ignorons, du domaine de l'inconscient, mais cela est valable pour tout, en psychologie comme en plomberie. Cela ne veut pas dire que nous aurions un conscient, un inconscient et un subconscient qui seraient inhérents à la nature humaine.

- **L'étude des rêves** est accessible à tous: il suffit pour cela d'y prêter attention, et de les retranscrire, indépendamment de toute référence à une théorie

donnée et de tout intervenant extérieur. Cette retranscription, bien que décrivant souvent partiellement le contenu du rêve en fonction du souvenir qu'il en reste, devient un élément objectif de ce contenu. Elle permet d'observer ce qui se passe à ce niveau, et d'en tirer des déductions sur les fonctions des rêves et l'utilité que peut présenter leur étude pour la vie éveillée⁶³.

Certains rêves peuvent contenir des éléments d'information sur les problèmes qui se posent au cours de la vie éveillée: des rêves récurrents, dans lesquels on est confronté à une situation qui se reproduit, signalent généralement un problème à régler; des cauchemars successifs relatifs à des événements traumatiques peuvent permettre de modifier la façon de réagir aux agressions: ainsi [parvenir à ne plus fuir le danger en rêve, mais à l'affronter](#) permet de mettre un terme aux cauchemars, de modifier l'attitude mentale par rapport aux agressions de la vie éveillée, et de cesser de se comporter en victime⁶⁴.

D'autres rêves peuvent avoir un rôle d'avertissement, en se référant à des événements de la vie future (rêves prémonitoires); d'autres peuvent jouer un rôle compensateur dans des périodes difficiles: un rêve fantastique, au contenu valorisant ou merveilleux, peut permettre de mieux vivre des circonstances pénibles traversées au cours de la vie éveillée.

Certaines personnes ont la faculté de faire des rêves lucides, à savoir d'être conscients qu'ils rêvent, et de pouvoir en diriger le contenu ("*Les rêves et les moyens de les diriger*", Hervey de Saint-Denys). Pour en avoir fait à quelques rares reprises, en ce qui me concerne, j'ai trouvé ces expériences décevantes par rapport au contenu des rêves dans lesquels je n'ai pas conscience de rêver: il m'a semblé que cette intrusion du conscient dans le contenu onirique en limitait le champ, et que le rêve était beaucoup moins intéressant quand j'étais consciente de rêver, ce qui lui enlevait une part de son côté « magique ». Ainsi, lors d'un rêve dans lequel, confrontée à des ennemis, je m'envolais au plafond et leur donnais des coups de pied, je pensais « Je savais bien que je pouvais voler, ils me disent que je ne peux pas, mais c'est faux. » Ce qui m'intéresse dans cette situation n'est pas de savoir si je rêve ou si je suis éveillée, c'est la sensation de voler, que je peux explorer et dont je peux profiter au maximum, dans ce rêve mais aussi dans d'autres au cours desquels je survolais des forêts et des paysages. Alors que lors des rêves lucides, la conscience d'être en rêve comportait la conscience du niveau physique: moi en train de dormir dans mon lit, dans le contexte de ma vie physique présente, qui, en entrant dans mon champ de conscience du rêve, venait « alourdir » celui-ci et le parasiter.

Pour ce que j'en constate depuis que j'ai commencé à noter mes rêves en 1981, le niveau de conscience en rêve est différent de la conscience éveillée, et participe à une forme de conscience différente, non tributaire des limites du monde physique de matière/espace/temps (je peux voler en rêve, mais pas dans le monde physique), obéissant à une logique différente et à des lois différentes. En cela, les données de la physique moderne me paraissent plus adaptées à la compréhension de ce qui se passe en rêve que les cartes du psychisme humain élaborées dans le cadre de paradigmes aujourd'hui dépassés.

63. Je note mes rêves depuis 1981, hors de tout contexte psychanalytique et indépendamment de toute théorie relative à l'onirisme.

64. Voir [La Créativité Onirique](#), Patricia Garfield, La Table Ronde.

- Quant à **leur interprétation** par un thérapeute, les éléments des rêves sont symboliques, et le sens des symboles varie d'une personne à une autre. C'est pourquoi il ne me paraît pas possible de donner des rêves d'autrui une interprétation fiable. Il est possible d'apporter des éléments de compréhension et d'explications sur leurs fonctions, mais pas de généraliser un sens symbolique: il appartient à chacun d'interpréter ses propres rêves à partir de ce que leur contenu représente pour lui-même. Mais cela implique de s'y intéresser, de les noter, de réfléchir à leur contenu, ce qui requiert du temps, de la discipline et une recherche intérieure personnelle indépendante.

En conséquences, ces concepts freudiens et les règles de l'analyse, qui justifient des thérapies longues, onéreuses et peu efficaces, me paraissent répondre davantage aux intérêts des thérapeutes qu'à ceux des patients.

5. De l'importance d'une recherche en sciences humaines harmonisée sur notre évolution scientifique

Ce que je tire comme enseignement de cette analyse, c'est qu'il importe de resituer les théories sur lesquelles nous nous appuyons dans leur contexte historique, et de prendre conscience du fait qu'il ne s'agit là que de théories inventées par des humains, qui ne peuvent être considérées comme "vraies" de toute éternité ni applicables à tout le monde.

Un discours qui apparaît scientifique à un moment donné, en fonction de l'état des sciences du moment, et c'était le cas de Freud à la fin du XIXème siècle rationaliste, convient d'être abandonnée par la suite sur la base de l'évolution scientifique. En fonction de notre connaissance actuelle de l'homme, ce que nous ignorons est toujours plus étendu que ce que nous en savons, aussi aucune théorie ne peut prétendre appréhender l'être humain complètement ni exactement, ni être considérée comme vraie pour tous les temps à venir, faute de quoi ce n'est plus de sciences dont il est question, mais de croyances et de dogmes.

Depuis la fin du XXème siècle, une multitude d'autres théories sont apparues en matière de psychologie, y compris celles issues du développement personnel, du management d'entreprise, et de sectes de tout poil. Chacune repose sur une vision différente du psychisme humain, et sur des méthodes différentes d'appréhender les troubles psychiques. Mais toutes se présentent comme "la seule vraie", en excluant les autres. Certaines, complètement délirantes, du domaine de la manipulation et de l'escroquerie, sont effectivement à exclure d'emblée. Toutefois, en raison des répercussions financières dans ce domaine, à savoir de la manne que représente le marché du psychisme, ces théories sont enseignées par des centres de formation agréés par la Direction du Travail et de l'Emploi, qui, se faisant, en cautionne le contenu (formations des DRH, écoles de cadres, etc.).

D'où l'urgence d'une recherche en sciences humaines intégrant les données de notre évolution scientifique actuelle: il n'est pas cohérent de vivre dans un monde régi par la technologie actuelle, élaborée à partir de l'avancée des connaissances scientifiques du XXIème siècle, tout en nous orientant, aux niveaux humains, à partir de cartes élaborées au XVIIème siècle (rationalisme), que nous appréhendons avec

des mécanismes de pensée hérités de l'antiquité (aristotélisme)⁶⁵, qui sont aujourd'hui obsolètes et impropres à appréhender la complexité de nos problèmes humains tels qu'ils se posent dans le monde moderne.

Ainsi, à travers sa remise en question de Freud, Michel Onfray remet en question non seulement les bases de la psychanalyse, celles de la psychiatrie, mais également la vision officielle de l'homme sur laquelle nous fondons notre prétendue identité, statique et immuable. Quoi qu'on puisse penser de son travail, celui-ci a le mérite de balayer les croyances et dogmes ambiants et d'ouvrir la voie à une recherche en sciences humaines qui était fermée à ce niveau. Loin d'être réglées, les questions concernant la nature humaine, la sexualité humaine, le psychisme humain, la nature des rêves, etc., restent ouvertes et toujours d'actualité.

La démarche scientifique, qui consiste à dire « Qu'est-ce qui se passe là ? Je n'en sais rien, allons voir » et à commencer par l'examen des faits à partir de ce que nous pouvons en percevoir par nous-mêmes me semblerait un bon départ:

« Il y a une formule précise en sémantique générale. à appliquer, et ce que je dis est une réponse générale à vos questions. Cette formule consiste à répondre, chaque fois que vous avez une question à poser à quelqu'un d'autre ou à vous-mêmes: "Je ne sais pas, voyons ce qu'il en est". En d'autres termes, l'investigation des faits. Observez ce dont il s'agit et à quoi cela s'applique, et vous obtenez votre réponse. Ceci est une démarche scientifique. » A. KORZYBSKI, Séminaire de Sémantique Générale, Première conférence, Interzone Éditions.

65. Voir [Les différentes étapes de l'évolution de l'Occident: Aristote, Descartes, Korzybski, Trois visions de l'homme et du monde](https://www.interzoneeditions.net/ADK.pdf) (I.AUBERT-BAUDRON). <https://www.interzoneeditions.net/ADK.pdf>

PMD / troubles bipolaires : maladie psychiatrique ou perturbation du métabolisme ?

©Isabelle Aubert-Baudron, 21 novembre 2019

Une pathologie difficile à soigner

En France, les termes utilisés pour désigner cette maladie sont « [psychose maniaco-dépressive](#) » (PMD), et depuis une époque récente, « troubles bipolaires » (Association Américaine de Psychiatrie). Voir pour plus d'information la page que lui consacre le site [Psychiatrie Infirmière](#).⁶⁶

En milieu hospitalier, à moins d'avoir affaire à des patients dits « chroniques » qui ne sortent jamais de l'hôpital, nous sommes principalement en relation avec les patients souffrant de cette maladie lors des épisodes aigus, quand leur comportement devient incontrôlable en phase maniaque, ou en cas de risque de suicide lors des phases dépressives. Si bien que nous ne les voyons que dans un contexte pathologique.

Il peut arriver, s'ils rencontrent des médecins différents dans des établissements différents pendant ces différentes phases, que les diagnostics posés soient différents en fonction de la nature des troubles présentés quand ceux-ci sont considérés isolément: dépressif, psychotique, ou, s'ils ont tendance à s'alcooliser ou à prendre des drogues au cours d'une de ces phases, ce qui est assez courant, alcoolique ou toxicomane, chaque diagnostic donnant lieu à une approche, une prise en charge et un traitement spécifiques. Ces patients peuvent alors errer de médecin en médecin sans savoir ce qu'ils ont avant que soit posé le diagnostic de trouble bipolaire qui donnera lieu, entre autres, à la prescription d'un régulateur de l'humeur. Toutefois, en dehors de ces phases, ils n'ont pas de symptôme du tout.

Selon les patients, la fréquence des phases est différente : elles peuvent apparaître tous les trois ou quatre ans pour une personne 1, tous les six mois pour une personne 2, etc. Quand elles se produisent rarement, le reste du temps les gens peuvent avoir une vie familiale /sociale/professionnelle, etc., satisfaisante.

Mais quand ces phases se produisent régulièrement une ou deux fois par an, leur vie et celle de leur entourage peut devenir un enfer. A une telle fréquence, il leur est difficilement possible de garder un emploi sur le long terme, à moins d'avoir une activité créatrice indépendante de toute structure hiérarchique (artistique, musicale, littéraire, etc.), dans laquelle ils peuvent investir leur hyperactivité psychique durant la phase maniaque sans déranger qui que ce soit.

Cette succession de troubles différents remet en question l'origine psychiatrique de cette maladie: il me paraît difficile de souffrir de plusieurs maladies mentales à la fois : avoir une structure de personnalité névrotique en février, une psychotique en septembre, une borderline de temps à autres, et être sain d'esprit le reste du temps. J'en déduis que ce qui est en question ici ne serait pas leur structure de personnalité, mais des perturbations biochimiques liés au métabolisme lui-même.

66 En ligne à

<http://psychiatrieinfirmerie.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/pathologie/psychose-maniaco-depressive.htm>

Effectuant une recherche sur internet sur “troubles bipolaires et métabolisme”, j’ai trouvé un article du Dr Alain Cohen : “*Le trouble bipolaire, une maladie métabolique ?*”⁶⁷

Selon le Dr Cohen, les troubles bipolaires seraient alors la conséquence d’un métabolisme perturbé. Les troubles du comportement ne seraient alors pas plus d’origine psychiatrique que ceux dont souffre un diabétique qui fait une crise d’agitation quand il est en hypoglycémie: dans ce cas, des traitements psychotropes seraient inadaptés : il suffit de lui donner du sucre pour qu’il cesse d’être agité.

L’apomorphine, un régulateur du métabolisme ?

Si, pour mettre un terme aux troubles hypoglycémiques, il suffit de s’alimenter en conséquence, en revanche dans le cas des troubles bipolaires, les symptômes, qui sont interprétés dans le cadre d’une pathologie psychiatrique, auraient alors une autre origine, biochimique. L’hypothèse d’une perturbation métabolique permet alors d’envisager d’autres approches que l’administration de traitements à base de différents psychotropes et de lithium, qui doivent être constamment adaptés en fonction des différentes phases et engendrent un ensemble d’effets secondaires, d’où la tendance de certains patients à les interrompre d’eux-mêmes quand ils vont bien, ce qui engendre un retour des épisodes critiques.

En 2018 j’ai été contactée par un membre d’une équipe de recherche de l’hôpital de Rennes au sujet de la documentation que j’avais mise en ligne, en

67 <https://unafam54.org/2014/02/05/le-trouble-bipolaire-une-maladie-metabolique/>
Le trouble bipolaire, une maladie métabolique ? 5 février 2014 par michelleleblan

« L’OMS place le trouble bipolaire parmi les dix maladies les plus préjudiciables, non seulement en raison de son propre retentissement sur la qualité de la vie, mais aussi pour son impact considérable sur la morbidité comme sur la mortalité : augmentation du taux de suicide, accès plus médiocre aux soins, mauvaises habitudes de vie, effets indésirables des médicaments psychotropes...

Mais le facteur le plus important contribuant à cette surmortalité, c’est l’accroissement des pathologies cardiovasculaires, un phénomène remarqué dès 1933, à l’occasion d’une étude épidémiologique sur l’admission en hôpital général de malades maniaco-dépressifs (comme on disait alors). On sait désormais que ce « syndrome métabolique » associé à la maladie bipolaire se décline à travers l’amplification de plusieurs facteurs de risque : obésité, hypertension artérielle, diabète sucré de type 2, (diabète non insulino-dépendant, DNID), dyslipidémies, sédentarité, tabagisme...

Parmi ces facteurs de risque cardiovasculaire, le plus récurrent consiste dans des anomalies du métabolisme glucidique, et depuis sa découverte au XX^{ème} siècle, « plusieurs chercheurs ont attiré l’attention sur cette relation inattendue entre la maladie maniaco-dépressive et le métabolisme glucidique. » Le DNID affecte 8 à 17 % des sujets bipolaires (une prévalence triple de celle observée dans la population générale) et ces patients connaissent souvent une évolution plus sévère de leur pathologie psychiatrique : plus grande fréquence des épisodes dépressifs ou maniaques et des hospitalisations, risque de suicide plus élevé, et plus grande résistance aux traitements.

Les auteurs estiment qu’il est donc crucial de comprendre le mécanisme évolutif de la maladie bipolaire qui se révèle « une affection grave, non seulement du point de vue psychiatrique » mais aussi somatique, et impliquerait à ce titre « un contrôle métabolique indépendant du type de traitement » (psychiatrique). Apparentant la maladie bipolaire à une situation de perturbation métabolique, cette dimension médicale ne doit plus être méconnue et, concluent les auteurs, « tous les médecins devraient être conscients de la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de prévention primaire, afin de réduire le fardeau médical global et la mortalité des patients bipolaires. »

Dr Alain Cohen »

collaboration avec William Burroughs, sur le protocole du traitement par apomorphine pratiqué au Royaume Uni par le Dr John Yerbury Dent dans les années cinquante, dans le domaine de la désintoxication alcoolique et de l'héroïne. Suite à un séjour d'une semaine dans cette clinique, Burroughs affirmait avoir été désintoxiqué en l'espace de 4 jours. Dans les années quatre-vingt, sur la base de la documentation qu'il m'avait communiquée, j'avais entrepris une recherche sur ce traitement dans les pays d'Europe où il était encore pratiqué. A ma connaissance il n'avait pas été appliqué en France, qui limitait aux [cures de dégoût](#) l'utilisation de l'apomorphine dans les cures de désintoxication alcoolique. Toutefois il était néanmoins connu dans la mesure où dans les années soixante-dix, le dictionnaire Vidal citait « le protocole Dent » dans la notice de l'apomorphine.

Cette équipe de l'hôpital de Rennes entreprenait à son tour une expérimentation de ce traitement sur des patients éthyliques. J'ignore quel protocole a été utilisé, s'il était conforme à celui du Dr Dent, et quels résultats ont été obtenus, cette expérimentation n'en étant alors qu'à son début.

Mais si, comme le prétendait alors le Dr Dent, puis, par la suite, les médecins qui ont appliqué ce protocole au Danemark dans les années soixante-dix et quatre-vingt, l'apomorphine, en régulant le métabolisme des patients, permettait de désintoxiquer rapidement des gens souffrant d'une addiction (alcool, drogues, médicaments), il est permis d'espérer qu'elle puisse avoir un effet similaire sur les troubles bipolaires.

Une précision ici: je n'émetts aucune critique sur l'approche psychiatrique actuelle ni sur les traitements appliqués aux troubles bipolaires, car ce sont les seuls outils dont nous disposons. Je me contente d'avancer une hypothèse, en espérant que la recherche future permettra de la confirmer comme elle l'a été dans les pays qui l'ont expérimentée dans le traitement des addictions, ou de l'infirmer. Au cas où elle serait confirmée, ce traitement, peu coûteux et simple à mettre en place en milieu hospitalier, pourrait alors considérablement améliorer la vie des gens souffrant de troubles bipolaires comme ceux qui sont prisonniers d'une addiction, et diminuer ce-faisant les dépenses hospitalières.

L'approche biochimique ne me paraît pas opposée aux autres, psychiatrique et psychothérapique. Chacune prenant en compte des niveaux différents, elles sont de ce fait complémentaires. Aucune n'est définitivement fixée, dans un contexte d'une recherche en constante évolution, ni ne peut prétendre tenir lieu de seule vérité en excluant l'apport des autres, sous peine de se décrédibiliser. Sur cette base, il appartient aux différentes disciplines de partager leurs approches, de confronter leurs résultats, dans le cadre d'une démarche scientifique digne de ce nom, qui seule peut éviter les écueils idéologiques, sectaires et financiers.

Pour aller plus loin:

[Michel Bourin – « Trouble bipolaire, un effet de mode ou une vraie maladie? »](#)
(Webtv de l'Université de Nantes)

Démarche scientifique : [Schémas du différentiel structurel et de la démarche scientifique](#)

Sur la cure d'apomorphine du Dr Dent

- Le site du petit fils du Dr Dent, Warwick Sweeney : [Apomorphine versus addiction](#)
- [HARDY TREE – A Doctor's Bible](#), par J. Warwick Sweeney, Bracket Press, août 2019

Mes documents de recherche en ligne :

Apomorphine et dossier désintoxication

- A l'origine de cette recherche: Mémoire de diplôme d'infirmière de secteur psychiatrique (décembre 1978): [Approche de la relation thérapeutique avec un toxicomane](#) , Isabelle AUBERT-BAUDRON (18/20, épreuve écrite et orale, deuxième place régionale, note attribuée par le Dr Bage, psychiatre à l'hôpital de Niort).
- [Lettre du Dr Olivenstein, Centre Médical Marmottan](#) (15 juin 1981)
- [Lettre de l'ambassade de Grande Bretagne](#) (28 juillet 1982)
- [Apomorphine: présentation](#) : Isabelle Aubert-Baudron
- [Protocole de la cure d'apomorphine du Dr Dent](#) : Ian Sommerville, traduction Isabelle Aubert-Baudron
- [Une lettre de Burroughs sur l'apomorphine, envoyée avec le protocole de la cure](#)
- [Un article sur l'apomorphine paru dans le magazine « Doctor », joint à la lettre de Burroughs](#)
- [Une lettre envoyée au Dr Martensen-Larsen, qui applique la cure au Danemark et qui est cité dans l'article de « Doctor »](#)
- [Réponse du Dr Martensen-Larsen](#)

Dr Andrew Lees and apomorphine

- [Dublin Review of Books: Andrew Lees: Hanging Out With The Molécules](#)
- [Andrew Lees: Mentored by a Madman: The William Burroughs Experiment](#)

Documents du docteur Carl Carlsson (mise en ligne avril 1999)

- [Dossier Apomorphine: Dr CARLSSON: Correspondance](#)
- [A double-blind cross-over study: apomorphine/placebo in chronic alcoholics](#) by Carlsson, P. R. Johansson, B. Gullbergt Nordhemspolikliniken, Gothenburg, Sweden
- [A Comparison of the Effects of Propranolol and Diazepam in Alcoholics](#) by Carl Carlsson M.D. and Bengt-Goran Fasth Ph.D.
- [The Psychological Effects of Propranolol in the Abstinence Phase of Chronic Alcoholics](#) by CARL CARLSSON and TAGE JOHANSSON
- [Propranolol in the treatment of alcoholism: a review](#) by C. CALSSON
- [Propranolol treatment in chronic alcoholic outpatients by C. CARLSSON](#)

QUATRIÈME PARTIE - CORRESPONDANCE

William Burroughs, 14 janvier 1985

WILLIAM BURROUGHS COMMUNICATIONS

Jean-Louis et Isabelle Baudron

P.O. BOX 147
LAWRENCE, KANSAS 66044
TELEPHONE 913-841-3905

14 January 1985

Hello dear friends,

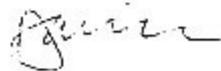
I am sorry it's taken so long to answer your welcome letters of last May 6th, June 11th, August 25th and November 24th! And even now as I sit down to answer you, I am in a tremendous rush to prepare for the trip that William and I will make in two days' time to New York, London and Tangier. (We'll return at the end of the month, so perhaps I can make a longer answer then.)

We are excited about the news of your new house, and about your work with the B-23 group. About apomorphine, I am enclosing some notes and clippings and perhaps you can send these on to Dr Jean-Pierre Verrier. We will be happy to correspond further with him when time permits.

We shall look forward to your translation of "With W.B." from Denoel. I'm sure Bill Rich of "Talk Talk" (long defunct, he does records from his "Fresh Sounds" now) will be happy to give permission to use the WSB interview for "Ecritures".

More news soon -- we send our best wishes for 1985 to you both!

warm regards,



James Grauerholz

Brion Gysin, 19 août 1985

Paris
19.08.85

Cher Gaudin
faites. Oui, il y a des forces occultes
dans l'héritage et ailleurs mais quelle
chance d'italité

Merci pour les 3 Objectifs
Jouez - vous l'impeccable
manuscrit de "Écritures" de retour?

Ce n'est pas la Légion d'Honneur
mais le rang de chevalier dans
l'Ordre des Arts et Lettres qu'on
m'offre. On verra ça dans ma
boutonnière quand j'ai un costume à
me mettre.

Entre temps, j'ai terminé mon
grand tableau final: "Calligraphie
de Dieu" en dix toiles, ce qui fait
1.70 x 16.20 mètres — de loin mon
plus grand tableau, un adieu qui
sera exposé à Athènes en Octobre.
Je n'irai pas le voir accroché là.
Entre temps je n'ai plus de temps à
perdre, pas mal.

Bien amicalement à vous

André

Charlotte Read,

4 avril 1986

MRS. ALLEN WALKER READ

NEW YORK, N. Y. 10027

April 4, 1986

Jean-Louis and Isabelle Baudron

Dear Mr. and Mrs. Baudron:

Thank you for writing to the Institute of General Semantics on January 9. I deeply apologize for this long delay in responding. The Institute has moved from Lakeville, Connecticut, but mail is kept at the post office there until it is collected when I travel there from New York.

Several beginnings of translations of Science and Sanity into French have been made, but we were not able to find a publisher. So far the work has not been completed.

A chapter from a book on Perception in English has been translated into French. The chapter was a part of a symposium, and was the last paper written by Korzybski in 1950. It is considered by many to be an excellent summary of his work. It is available separately as a booklet entitled, "Le role du langage dans les processus perceptuels," and it is sold at a bookstore in Paris: La Meridienne, 14 rue du dragon, 75006, Paris. The person in charge there is Anne Valentin. We have recently sent a shipment of this book (paperback) to them; if it has not already arrived, it will soon.

Publications in the U.S. can be purchased from our Institute directly, or you could order through the Paris bookstore. The new address of the Institute of General Semantics is: 163 Engle St., Englewood, New Jersey 07631. It is near New York City. I will ask the office to send you a publications list when it is available, and information about membership in the Institute. We would welcome you as Members. This would entitle you to receive our annual General Semantics Bulletin, receive discounts on ~~our~~ some of our publications and our seminar.

We have had a dozen or more people from France attend our seminar-workshop during the summer. This two-week course will be held this summer at Western Maryland College in eastern United States from July 19 to August 1. We would be happy to have you there if it would be possible for you.

Dr. Henri Laborit in Paris knows Korzybski's work and gave the annual Alfred Korzybski Memorial Lecture in New York in 1963.

It is interesting to us to know that you have found general semantics very helpful in your personal and professional life in a psychiatric hospital.

- over -

If I can be of any help to you, please write to me. I was the Director of the Institute for many years, and also was Korzybski's assistant.

With kindest regards,

Yours sincerely,
Charlotte Read
Charlotte S. Read

29 juin 1994

CHARLOTTE SCHUCHARDT READ

NEW YORK, N.Y. 10027

June 29, 1994

Mrs. Isabelle Baudron

Dear Mrs. Baudron:

Your letter sent to the Institute of General Semantics dated April 19 was forwarded to me, as I have the copyright of Korzybski's books. I am delighted to hear from you, and must deeply apologize for my long delay in replying. I have been much occupied with moving the records of the Institute to our new Center in New Jersey, across the Hudson River from New York City, and have had to be away from my desk a great deal. On June 18 we dedicated the Alfred Korzybski Research and Study Center, and are continuing to organize the materials there. This is just a few miles from our office in Englewood, New Jersey.

We would be very much interested in your French translation of Korzybski's 1937 seminar at Olivet College, and appreciate that you have done this work. Please send us a copy when you can. We will of course evaluate the translation before proceeding. I do not know whether the Institute would be able to publish it, however, as we have very little money and many demands on the little we have.

We still do not have writings by Korzybski translated, except for the article "Le Role du Langage dans les Processus Perceptuels," which you probably have.

I find in my personal files at my home in New York (address above) letters from you dated January 28, 1988, May 8, 1986, and a copy of my letter to you dated April 4, 1986. I am very happy to hear from you again. I found your letters extremely interesting, and have been sorry I did not continue to keep in closer touch with you and your work, which you were doing with your husband.

Our Institute has been in difficult times through lack of sufficient funds and lack of a central place where all our records are together. I have "retired" although I continue to work at home in many areas.

Since you mention in your letter of April 19, 1994 that you have stopped working, I wonder if you have retired from your position, or the circumstances of your work have changed and you had to stop. What are you especially occupied with at the present time?

At present I am editing, with a psychologist at [redacted], a book containing a collection of articles on "General Semantics in Psychotherapy." Dr. [redacted] is carrying out research on the value of applying general semantics in working with patients in therapy, and has some articles written about it. You may like to write to her for information, and to tell her about your experiences. I hope our book will be published within the coming year.

I, and others at the Institute here, would be much interested to learn from you whatever you would write about your experiences working with patients

To: Mrs. Isabelle Baudron
June 29, 1994

- 2

since we heard from you several years ago.

Another psychiatrist in France who is interested in applying general semantics is Dr. [REDACTED]. I am sure he would be glad to hear from you.

We are also in correspondence with a young scholar in Poznan, Poland, who wishes to write his dissertation on the relationships of general semantics to psychotherapy, or how the methods can be used effectively. He is:
[REDACTED]

I look forward to keeping in touch with you, and will endeavor to be more prompt in replying. Please write to me at my home address in New York, but mail will be forwarded also if you write to our office.

With all good wishes,

Charlotte Read
Charlotte S. Read

20 janvier 1995

CHARLOTTE SCHUCHARDT READ

NEW YORK, N.Y. 10027

January 20, 1995

Mrs. Isabelle Baudron

Dear Mrs. Baudron:

Your letter dated October 12th and materials were most welcome, and it is now my turn to apologize for my long delay in replying. They arrived at a particularly busy time here when I was moving some archives from a house in Connecticut, preparing to sell the house, and also preparing for our Korzybski Memorial Lecture and conference afterward.

Thank you so very much for writing about your experiences and your work with the patients, for your generosity in sending the descriptions of the work with the group, and especially for the chapters of translation that you have done.

I am pleased that you have come in contact with Dr. [REDACTED]. I would also like to share your letter with Dr. [REDACTED], with whom I am working on editing and publishing a book on psychotherapy and general semantics. She is teaching and carrying out experiments using GS with patients at the University of Valencia, Spain.

I am asking a friend and student of Korzybski's work, who lives in Argentina and often goes to France, to read your translation, as she seems to me the most appropriate person. She is now in this country and will be in New York soon. She has just attended a 5-day advanced training seminar in Baltimore which met to study Korzybski's Science and Sanity, and she attended the Institute's seminar for 8 days last summer. I hope that she (Laura Bertone is her name) will undertake this.

Regarding Korzybski's use of the term "white race", he was not at all "racist" but he did not feel that he knew enough about other "races" not living in the context of an aristotelian culture. He did not want to write about what he did not know enough about. In 1937 this term did not bring about the reactions that it does today.

Stanley Hall was an educator and psychologist who taught at Clark University in Worcester, Massachusetts. He used the term.

If Mr. [REDACTED] is interested in publishing the Olivet Seminars, I would be glad to know more about him, and other books he publishes.

Unfortunately Gladys Michaelis died of a stroke. We do have another person who is the representative for our general semantics organizations. If you wish to follow this up, I would be glad to get in touch with him. Although I do not know him well, I have a contact and could reach him. What is Mr. [REDACTED] position at the UN?

About William Burroughs, last Sunday in the New York Times Book Review I read a review of the new book by him entitled "My Education: A book of Dreams, published by Viking, New York. Have you seen a copy? The NY Times writes: "William Burroughs takes us on a whirlwind valedictory tour of his own unconscious."

I will write again soon, after I talk with Laura Bertone.

With many thanks and all good wishes,

Charlotte Read

Francis Jeanson, 28 septembre 1989

Francis Jeanson,

28 sept. 89

Chère Isabelle Baudron,

Je dois être un assez piètre Johnson... Non seulement j'ai mis 15 jours à vous remercier de votre envoi, mais je ne trace aujourd'hui ces quelques lignes que pour m'excuser de ne pouvoir vous écrire vraiment avant la mi-octobre. Entre deux semaines de formation à Dordaix, j'essaie de terminer un article pour l'*Informatec Psychiatrique* - et

B. P. 1 CLAOUEY - 33950 LÈGE - Tél. (56) 60.71.12

de passer à Paris les deux ou 3 jours nécessaires pour enregistrer un disque d'entretiens à France-Culture ("le bon plaisir de..."). Plus quelques broutilles dont la liste serait sans intérêt!

Voilà. J'ai tout de même pu vous lire - et trouver excellent votre projet, les réflexions dont vous avez fait part et les deux chapitres joints. Il faudrait qu'un soir je parle tranquillement de tout ça. J'y songe sérieusement, et j'espère mettre la première période de calme pour vous proposer un recat. Pardon pour ces délais. Amitié à vos deux

Isabelle Baudron, 10 décembre 1997.

Monsieur Gentis,

J'ai eu votre adresse par Jean-Pierre Verrier qui a été mon premier médecin-chef et formateur pendant mes études à l'école d'infirmière de secteur psychiatrique de Thouars il y a une vingtaine d'année.

J'étais entrée en contact avec vous au cours des années 80 au sujet d'un groupe éducatif que j'avais organisé à l'HP avec un groupe de patients et de collègues, le groupe B 23; je vous avais adressé notre journal Objectifs et vous nous aviez alors répondu tout à fait amicalement et aviez transmis notre courrier votre équipe qui s'occupait alors également d'un journal, Éloïse, si mes souvenirs sont bons.

Le groupe B 23 s'est terminé au bout de quatre ans en 1987, suite à une restructuration des services qui en a empêché ensuite la poursuite, et j'ai cessé toute activité professionnelle en 1991 pour me consacrer à des travaux de traduction (textes de William Burroughs et Brion Gysin, séminaires de sémantique générale d'Alfred Korzybski) et à des écrits divers.

Au mois d'août dernier, suite au décès de William Burroughs et à l'impossibilité de trouver preneur en France pour mon travail, j'ai pris contact avec certains de ses lecteurs qui ont écrit dans un Mémorial que lui a consacré un site Internet aux États-Unis, leur proposant des plans de la dreamachine de son ami et collaborateur Brion Gysin que j'avais dessinés en 1981.

Les gens auxquels je me suis adressés ont répondu au-delà de mes espérances, proposant à leur tour de m'envoyer leurs travaux respectifs. Nous nous sommes organisés depuis en un réseau, Interzone, et je viens de créer un site sur Internet dans lequel sont rassemblées les informations sur les sites créés par les autres membres et le dernier rapport mensuel de nos activités: "Les Terres Occidentales: le site des hors-la-loi littéraires" <http://www.inter-zone.org/westernlands>

Malgré son origine au départ littéraire, Interzone se révèle évoluer vers un défi humain: utiliser les opportunités de ce groupe pour résoudre ensemble nos problèmes respectifs: problèmes de manque d'argent, de travail précaire, de drogues (héroïne pour certains), de solitude, d'exclusion et de non reconnaissance de nos capacités: "The zone takes care of its own."

J'ai pris la liberté d'ajouter hier sur la page d'entrée du site un court extrait de "La psychiatrie doit être faite et défaire par tous":

"Que les incultes s'emparent de la culture et ce faisant la transforment.

Tout le monde devrait avoir le droit d'écrire, se sentir le droit décrire.

Qu'est-ce que c'est que cette ânerie, qu'il y a des philosophes professionnels, des artistes professionnels ? Est-ce que la philosophie n'est pas à tout le monde ?

Est-ce que l'art n'est pas à tout le monde ? Qu'est-ce que c'est que vivre alors, simplement vivre, quand on est un homme et qu'on est en proie au langage, si on n'est pas son propre philosophe, son propre artiste ?

Je réclame pour tout un chacun, et aussi bien pour le dernier des peigne-cul, le droit entier de parler le monde, de parler les races et les continents, de faire l'art et la philosophie et de produire aussi le discours culturel.

J'appelle quelque chose comme un mouvement de libération de la culture - un M.L.Q."

Roger Gentis

"la psychiatrie doit être faite et défaire par tous"

Ed. François Maspero

Dans la mesure où il se résume à quelques lignes et peut être considéré comme une citation, il m'a semblé que cela ne poserait pas de problèmes pour les copyrights, et que vous ne vous en formaliseriez pas. Si toutefois vous y voyiez un inconvénient et souhaitiez que

je l'enlève, je le ferai immédiatement.

Vous pouvez trouver le dernier rapport mensuel d'Interzone dans "Les Terres Occidentales", ainsi qu'une page de coordination des informations. Si vous n'avez pas la possibilité de le faire, je vous les adresserai par courrier bien volontiers si vous le désirez.

Bien sincèrement à vous.

Isabelle Baudron

Roger Gentis, 20 décembre 1997

le 20 déc. 1997

Chère Isabelle Bardou,

voilà votre minutieuse et m'amusée -
Je ne me surprenais guère de passage par
votre cité et je vous salue de l'avoir
extrême - C'est toujours surprenant de voir
ce qui n'avait écrit faire être si longtemps
après.

Je ne suis pas encore intervenu : je
comptais m'écrire cette année mais
des difficultés familiales ont retardé
ce projet - je compte le réaliser sans
fin. En attendant, je serai bien sûr
intéressé de lire votre ouvrage.

La quinzième littéraire course de
jeu vive (trève) relative à la cyber-littéra-
ture - Perdue de parodie - vous leur
signifie votre intérêt.

Bonne année 98 sur le Net et
partout ailleurs.

Bien amicalement à vous



Isabelle Baudron, 26 Décembre 1997.

Cher Roger Gentis,

Un grand merci pour votre lettre sympathique. Merci de votre accord concernant la publication de l'extrait de "La psychiatrie doit être faite et dé faite par tous." Il se trouve sur la front page du site "Western Lands" ("Terres Occidentales"), en version originale et également en anglais, à l'intention de la plupart des membres d'Interzone qui sont Américains.

Ce passage m'avait beaucoup frappé quand je l'avais lu pendant mes études, et Jean-Pierre Verrier avait parfaitement réussi à nous faire partager son enthousiasme a l'égard de vos livres, que j'ai dévorés avec avidité puis lus et relus, et dont je dois dire qu'ils constituaient pour moi de véritables bouffées d'oxygène intellectuel.

Merci également pour votre conseil concernant la Quinzaine Littéraire, que je vais m'empresse de joindre.

Voici quelques informations supplémentaires sur notre aventure: ce groupe est en quelque sorte un remake de l'expérimentation du groupe B 23 à l'HP, qui s'était officieusement créé autour de William Burroughs et avec sa complicité et sur les bases de données de la sémantique générale d'Alfred Korzybski et la théorie de l'inhibition de l'action d'Henri Laborit. Il s'agissait a l'époque de mettre sur pied une structure respectant les besoins fondamentaux de l'organisme humain et une structure de relation basée sur le respect de soi-même et des autres. Notre but au départ ne visait pas a priori a "soigner" qui que ce soit, mais simplement a procurer aux gens une structure saine, dans le cadre de laquelle ils pouvaient développer leur créativité et leur potentiel personnels. Les résultats de la mise à l'épreuve des faits de nos postulats de base ont ensuite dépassé de très loin nos attentes, et durant les quatre ans d'existence du groupe, les résultats thérapeutiques obtenus ont été en grande partie positifs, en dépit des barrages multiples auxquels nous nous sommes heurtés. Après la dissolution du groupe, j'ai renoncé a travailler dans une structure hospitalière, en raison des rigidités administratives et de la structure hiérarchiques.

Le projet avait l'HP pour cadre d'expérimentation parce que les circonstances de l'époque en ont décidé ainsi, mais sur de telles bases, il était également potentiellement applicable dans n'importe quelle structure humaine, dans la mesure où la SG est un outil de résolution des problèmes humains.

Après la constitution du groupe Interzone, un certain nombre de gens du groupe m'ont fait part de leurs problèmes de toxicomanie, d'argent, de travail, d'exclusion, etc., (la plupart sont dans une situation économique insatisfaisante), et les objectifs littéraires de départ me sont apparus dérisoires. J'ai alors reproduit la démarche utilisée dans le groupe B 23, à cette différence près que les gens du groupe ne sont pas des malades mentaux mais des gens sains, intellectuellement

performants, rompus à la manipulation des concepts burroughsiens, et que nous n'avons de compte à rendre qu'à personne d'autre qu'à nous-mêmes.

Nous avons adopté entre nous les principes d'assistance mutuelle et de résolution de nos propres problèmes dans le cadre du groupe. Six mois plus tard, grâce aux initiatives développées de part et d'autre, ce groupe d'environ 300 personnes a aujourd'hui à sa disposition une assistance psychologique gratuite et anonyme sur le net, mise en place par un médecin du groupe et son assistante aux États-Unis, ainsi qu'un ancien policier auquel en référer en cas de problème. Nous espérons avoir bientôt un homme de loi et un journaliste. Nous avons nos propres sites reliés entre eux, les moyens d'y mettre nos écrits à la disposition de tous les internautes (mon livre sur Burroughs "Le temps des Naguals" est sur 2 sites français), et nous avons commencé la rédaction d'un livre en commun, qui sera le deuxième tome du "Temps des Naguals", le livre que j'ai écrit sur Burroughs et Gysin. Au niveau musical, un musicien professionnel du web a joint les musiciens pour une organisation commune des enregistrements, confection et diffusion de CD et vidéos.

Nous avons également entrepris des recherches dans le domaine médical à plusieurs niveaux:

- utilisations thérapeutiques de la dreamachine (pour calmer les gens anxieux: la dreamachine met le cerveau en ondes alpha et permet d'accéder instantanément au silence intérieur: il serait intéressant d'en voir les effets chez les gens hallucinés, car les exercices de silence intérieur, utilisés depuis peu chez nous en relaxation et depuis des temps immémoriaux en Orient, permettent d'interrompre le discours intérieur et par voie de conséquence, de faire cesser les réactions d'anxiété qu'il provoque)⁶⁸.
- Dans le domaine des traitements des toxicomanies, la cure d'apomorphine du Dr Dent⁶⁹ qui a permis à Burroughs de cesser de prendre de l'héroïne, (rien à voir avec la cure d'apomorphine par aversion), et qui est employée au Danemark, par le Dr Martensen-Larsen, envers des patients intoxiqués à l'héroïne, à l'alcool, mais également à des psychotropes tels les amphétamines et les benzodiazépines (à noter qu'aux États-Unis, l'apomorphine a été classée par la FDA dans la liste des stupéfiants).

À un autre niveau, nous envisageons également la création d'académies burroughsiennes, lieux de vie alternatifs, ou nous pourrions étudier ensemble, partager nos travaux respectifs. Un garçon en Belgique propose d'accueillir des gens dans sa maison et du travail dans son entreprise. Un autre monte une communauté

68. Sur les découvertes récentes de l'utilisation des ondes alpha dans les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, voir les articles suivants: [How flashing lights and pink noise might banish Alzheimer's, improve memory and more](#) (Nature, 18 février 2018) [Traduction google approximative](#) & [Scientists 'Clear' Alzheimer's Plaque From Mice Using Only Light And Sound](#) (Science alert, 15 mars 2019) [Traduction google approximative](#), ainsi que la documentation rassemblée depuis 1997 à la page [Machine à rêver/Dreamachine](#) d'Interzone Éditions.

69. Les documents de recherche rassemblés sur la cure d'apomorphine mise au point par le Dr Dent et que j'ai rassemblés depuis les années quatre-vingt sont en ligne à la page [Psychiatrie et recherche médicale](#) d'Interzone Éditions.

en Hollande, et un troisième envisage d'acheter un morceau d'île dans les Caraïbes dans le même but. Pour ma part si j'en trouve les moyens, j'aimerais en monter une dans les Deux-Sèvres. Nous pourrions ainsi avoir de par le monde un ensemble de lieux aux activités complémentaires dans lesquels nous pourrions vivre dans des conditions plus faciles au niveau économique et plus tolérantes au niveau relationnel que celles en vigueur actuellement dans nos sociétés, et voyager de l'un à l'autre.

Je ne vous cacherai pas que si l'entreprise se réalise avec succès, je ne désespère pas d'y intégrer un jour les anciens membres du B 23, dont certains sont encore hospitalisés, en particulier le garçon qui m'a fait découvrir les livres de Burroughs, et sans qui tout ce que nous vivons aujourd'hui n'aurait pu exister.

Je souhaite ainsi pouvoir réussir de l'extérieur ce que je n'ai pu réussir à faire à l'intérieur, en mettant sur pied des structures humainement vivables avec des individus assez évolués et ouverts sur le plan humain pour s'accepter tels qu'ils ont et vivre ensemble entre gens décents et de bonne compagnie.

Je joins à cette lettre les messages communs et rapports (en anglais), ainsi qu'un exemplaire du magazine Rub Out d'Andrew S., jeune peintre californien, dédié à Interzone et à son site sur le Web.

Je pourrai également vous adresser si vous le souhaitez un deuxième livre, "Le Carrefour des Impasses", également inspiré des enseignements de William Burroughs, qui est un ensemble de nouvelles et de documents ayant pour cadre l'HP dans lequel j'ai travaillé auparavant, et qui, je dois l'admettre, est assez accablant à l'égard de notre administration. J'en avais envoyé les premiers chapitres à Francis Jeanson au début des années 90, et il m'avait alors fortement encourager à le poursuivre. Aujourd'hui, au-delà de ce qu'il révèle du monde psychiatrique en particulier, il prend un nouvel aspect à la lueur du procès de Maurice Papon, dans la mesure où il est révélateur du fait que des comportements exercés à l'égard des juifs que nous stigmatisons aujourd'hui en les identifiant au régime de Vichy existent encore en 1997, sinon dans la forme, du moins sur le fond, à l'encontre d'autres catégories de population, aboutissant à des conséquences similaires, désastreuses au niveau humain.

Je souhaite de tout mon cœur que les impulsions conjuguées auxquelles donneront lieu à différents niveaux Interzone et "le carrefour des impasses" entraîneront les prises de consciences et conditions nécessaires pour que la psychiatrie puisse être faite et défaire par tous.

Je vous prie d'excuser la densité de cette lettre, ayant bien conscience de son contenu peu banal, tout en souhaitant que son contenu continuera de vous divertir.

Merci encore pour votre intérêt. Je vous adresse mes meilleurs vœux pour 1998.

Bien amicalement.

Isabelle Baudron

Roger Gentis, 3 janvier 1998.

le 3 janvier 98

Chère Isabelle Bardreau.

merci de votre longue lettre et de
fortes les informations que vous me
donnez sur votre ambition en matière -
les miennes sont en ce moment plus
modestes (ci-joint deux feuillets qui vous
en donneront une idée - J. P. Verrier
est bien entendu aussi dans le coup).

Je lui connais l'anglais mais
n'ai comme ordinateur qu'un vieil Atari
qui me sert de machine à écrire -

J'envisageais justement de m'équiper
de façon à pouvoir utiliser CDROM, modem,
scanner, etc. - et dans quelque temps
aller faire un tour sur Internet -
Vous pouvez sans doute me conseiller
quant au choix de matériel ---

Excellente année 98. Tenir moi
au courant de ce que vous faites

Faithfully yours



Isabelle Baudron, 13 Janvier 1998

Cher Roger Gentis,

Merci de votre lettre, de votre documentation et de votre réponse chaleureuse. Je m'aperçois que j'ai oublié la dernière fois de vous envoyer la traduction anglaise de votre texte. Je la joins a ce courrier.

Mes connaissances en informatiques sont limitées, toutefois si je peux vous être d'une quelconque utilité dans ce domaine, ce sera avec plaisir.

Nous avons acquis en juin dernier un Pentium 133, qui présente l'avantage, comme tous les ordinateurs de ce type, de pouvoir être réactualisé et optimisé quand on le veut, par simple changement des pièces. Par exemple, nous avons jusqu'ici une mémoire de 16 MO, que nous venons de faire doubler, par le simple achat d'une barrette identique.

Les premiers jours sont généralement assez stressants et laborieux: on est confronté a une foule de nouveaux termes qui n'évoquent rien, fausses manœuvres dont on ne sait pas quelles catastrophes elles vont déclencher, et la multitude de symboles et de fonctions à apprendre. Le plus simple consiste à prendre son temps, et il est bien pratique d'avoir quelqu'un a qui téléphoner en cas de problèmes: ici les gens de notre serveur sont très aimables et patients; les vendeurs ont souvent tendance à faire de la rétention d'information pour vous proposer ensuite des cours de mise a niveau. Personnellement je m'en suis passée; auparavant j'avais un IBM PS1. J'ai consenti à proposer au vendeur un échange de savoirs: cours de sémantique générale contre cours d'informatique, mais il n'était pas preneur. ☹

Nous venons d'acheter un scanner et une imprimante couleur, mais le vendeur n'est pas encore venu les installer.

Je vous adresse un exemplaire du "Carrefour des Impasses". A ce sujet, une anecdote que vous avez probablement oubliée:

Dans les années 80, peu après mon diplôme en 79, se sont fait sentir les premières réductions de personnel dans les services, et je constatais avec désolation le gouffre qui se creusait entre les conditions de travail et d'hospitalisation que nous avions connues auparavant avec Jean-Pierre Verrier (qui étaient probablement exceptionnelles, mais nous l'ignorions à ce moment-là), et celles d'alors qui ne laissaient rien présager de bon pour l'avenir. Un soir je vous ai téléphoné dans le service pour vous demander votre avis sur la situation. Vous m'avez dit que je devais être jeune dans la profession, que vous pensiez que les choses ne risquaient pas de s'arranger, et étiez très pessimiste pour la psychiatrie hospitalière.

Aujourd'hui, près de vingt ans plus tard, je constate que vous aviez entièrement raison. Ni vous ni moi ne sommes plus a l'hôpital, mais nous exerçons notre métier sous différentes formes, hors de toute structure institutionnelle ou hiérarchique, et avec des gens qui entrent volontairement en relation avec nous, quoi que peu en tant que demandeurs d'une relation thérapeutique en ce qui me concerne, vu le contexte.

J'ai beaucoup apprécié l'attitude de Jean-Pierre également depuis son départ de Thouars. Nous l'avons rencontré il y a deux ou trois ans et avons échangé sur l'évolution administrative des services, à laquelle il s'opposait, et je dois dire que j'agréais entièrement au discours qu'il tenait à ce propos, et à l'attitude qu'il adoptait. Je lui ai aussi tiré mon chapeau quand il a quitté Toulon pour venir à Poitiers. J'admire son honnêteté et sa cohérence, et si pour moi il y avait un juste pour racheter la profession, ce serait bien lui.

Alors pour en revenir à l'évolution hospitalière, je vous dirais très franchement que j'ai le sentiment que nous avons été trompés, j'entends par nous les médecins, les infirmiers et les patients, et l'avons été sciemment, par des gens qui ont pensé et organisé cet état de fait. L'administration bien sûr, mais aussi les syndicats, privilégiant les corporatismes, exacerbant les conflits entre les différents niveaux, opposant le personnel aux médecins sur des bases de considérations d'intérêts créés de toutes pièces, sans considérer un seul instant une action commune au niveau soignant qui aurait pu regrouper les principaux acteurs du monde psy: médecins, infirmiers et patients, pour une amélioration réelle de la qualité des soins. En outre, il me semble que même les raisons évoquées pour justifier l'évolution, qui sont des raisons financières, sont fallacieuses: si vraiment nous voulons faire de la psy correcte, nous pouvons le faire avec très peu de moyens: nous n'avons pas besoin de matériel ni de traitements coûteux, ni à la limite de bâtiments hospitaliers pour les gens physiquement valides: les soignés ont tous des pensions, des structures extérieures pourraient être aménagées dans des maisons louées en commun, sortes d'appartements thérapeutiques, comme cela se fait maintenant en Belgique. Je pense qu'il existe une volonté réelle d'empêcher toute ouverture et toute humanisation du monde psychiatrique, de part ce qui se passe au niveau de la psychiatrie publique, mais également de la psy privée - voir les difficultés dans lesquelles se débattent la clinique de Laborde, Maud Manoni, etc... - volonté qui s'exerce d'autant plus facilement que la population ignore tout du monde psychiatrique.

Ces considérations dont je m'ouvre à vous ne sont pas seulement pour moi une question de principes: j'ai vu mourir depuis 1981 parmi le personnel les deux secteurs de Thouars et Bressuire 15 infirmiers et médecins, la moitié par suicide, beaucoup par cancers. Ne sont pas inclus les gens actuellement malades et vivants. Depuis 15 jours X est en arrêt maladie pour une dépression, après avoir travaillé pendant un an avec un mal au dos constant suite à un accident de la route qui lui est arrivé l'an dernier après en débauchant après 9 heures et demie de travail, et sans vouloir s'arrêter pour ne pas surcharger encore ses collègues.

Alors je me pose la question suivante: comment des gens qui sont incapables de traiter humainement le personnel, à savoir des gens sains, (quand je dis humainement, je veux dire que l'administration témoigne davantage de considération à l'état de ses voitures qu'à la santé de son personnel), peuvent-ils prétendre soigner correctement des malades mentaux ? De quel droit agissent-ils ainsi ? Nous n'avons pas à cautionner cela, sans quoi nous cautionnerions notre propre destruction.

Cette situation n'est pas propre au milieu psychiatrique, elle existe également chez les policiers, le personnel pénitentiaire, dans l'enseignement, etc... Combien de

temps allons-nous encore tolérer de responsables des services publics que nous entretenons de nos propres deniers qu'ils nous imposent des conditions de travail et de vie intolérables et incompatibles avec le respect de la vie humaine et les fondements de l'État de droit ? La réponse dépend de nous.

Je vous avouerais que la passivité du conseil de l'ordre dépasse mon entendement. Comment une institution d'habitude si pointilleuse en ce qui concerne son autorité, et si prompte à sanctionner des comportements individuels de la part de ses membres, tolère-t-elle un tel parasitisme, un tel mépris de toute considération de soin véritable, et une telle mainmise sur la médecine publique de la part de gens dont certains sont probablement des gens charmants et forts respectables, mais qui ne sont pas médecins, n'entendent rien aux questions relatives à la structure de l'organisme humain ni à ses besoins, et qui ont une certaine propension à accorder à l'argent une valeur absolue qu'il n'a jamais eu, l'argent étant avant tout un symbole d'échange, dépourvu d'existence réelle en dehors d'une structure nerveuse humaine pour le concevoir, et dont la valeur, relative, dépend avant tout de celui qui la lui attribue.

Qui sont alors les plus à même de statuer en matière de qualité des soins , les soignants ou les énarques ?

En conclusion, il me semble urgent de mettre un terme à cette situation. Le document que je vous adresse peut nous permettre d'en sortir. Il peut briser le silence et confronter le niveau des mots à celui des faits: "Voilà ce qui se passe. Êtes-vous d'accord avec ça ? Êtes-vous d'accord pour le vivre vous-mêmes ou le faire vivre à vos proches ? Non ? Alors cessez de nous l'imposer et laissez nous faire notre travail correctement."

Nous pouvons publier ce livre, et aussi mettre des limites légales à nos institutions, en faisant intervenir la cour européenne de justice, car limiter le débat au niveau national serait stratégiquement défavorable.

Au niveau national, nous pouvons envisager un certain nombre de terrains sur lesquels placer le débat:

1. J'évoquais dans mon dernier courrier le procès Papon. Je n'ai aucune sympathie pour lui. Mais il se trouve que le comportement de l'administration actuelle est similaire à celui qui lui est reproché du temps du gouvernement de Vichy. En conséquence, la culpabilité de Papon me semble largement partagée par celle de ses successeurs. En outre, considérer son attitude d'alors indépendamment de celle qu'il a eu lors de la guerre d'Algérie, et limiter les persécutions de l'administration de Vichy à celles des juifs (à vingt kilomètres d'ici, il y avait un camp où les tziganes mourraient de faim par centaines, sans compter les asiles) est sans rapport avec les faits: Ou sont les représentants des associations de malades mentaux, des homosexuels, des résistants, des communistes, etc., tous également victimes des déportations ? Rejeter la culpabilité sur la seule personne de Papon, sur le régime de Vichy et à travers lui le nazisme me semble une imposture. Notre administration n'a pas attendu la deuxième guerre mondiale pour se comporter comme elle l'a fait, ni cessé de le faire en 1945. Si nous

remontons dans notre histoire, le port d'un signe distinctif pour les juifs a été institué pour la première fois par saint Louis. Quant à la structure de notre administration, elle a été mise en place par son petit-fils Philippe le Bel, encore considéré comme le "père de l'administration moderne". Toujours est-il que ladite "administration moderne" date en réalité du XIV^e siècle, et qu'elle est tout bonnement moyenâgeuse, n'ayant jamais été réactualisée après la révolution de 1789.

Il est totalement irréaliste de fonctionner en 1998 avec des structures et des institutions de type médiéval, mises en place à un moment particulièrement noir de notre histoire: éradication de la chevalerie, persécutions des juifs, premiers procès de l'inquisition, destruction des bases de la monarchie, mise en place d'un régime de pouvoir absolu et d'une police politique qui n'a pas évolué d'un iota (voir le procès qui a lieu aujourd'hui dans le cadre de l'affaire Joseph Doucé).

Il en est de l'histoire des peuples comme de celle des individus. La compréhension des faits présents implique la connaissance et la compréhension des faits passés, et certains événements dramatiques constituent des nœuds dans cette histoire, à partir desquels les mêmes événements se reproduisent de génération en génération. Aucun individu actuellement vivant n'a décidé de ces événements, ni n'est responsable des drames qu'ont vécus nos ancêtres, aussi n'avons nous pas à continuer d'en subir les conséquences. A ce niveau, un travail analytique pourrait être fait à l'échelle de la nation, afin de dénouer les nœuds du passé et de repartir sur des bases plus saines et plus cohérentes. Ce cadre me paraîtrait susceptible de pouvoir permettre l'expression d'un débat libre et ouvert, et permettrait de pouvoir dépasser les questions de culpabilité pour situer les choses au plan de la responsabilité, et de mettre en place une structure plus saine et plus conforme à nos besoins et notre état d'évolution actuel,

2. Vous avez certainement entendu parler de l'affaire Sokal, polémique venue des États-Unis et qui agite depuis un an les milieux des sciences exactes et des sciences humaines, qui repose sur la question suivante: quelles disciplines et quels domaines de connaissances peuvent-ils être aujourd'hui considérés comme véritablement scientifique, quels sont les critères de scientificité en 1998 ?

Il conviendrait de se pencher sur la scientificité réelle des théories utilisées dans les services de psychiatrie, et de se pencher sur leur efficacité en quittant le plan financier pour se situer sur le plan humain. Ceci dit, le terme scientificité est en l'occurrence un bien grand mot, car là encore celui de cohérence serait plus adapté, quand le sens des mots attribué aux termes nosographiques semble être aussi varié que le nombre de leurs utilisateurs, chacun semblant en avoir sa propre définition. J'ai toujours en tête le chapitre de *N'Être* dans lequel nous parlez de l'affaire de Reich et de la manipulation de l'image de la sexualité à travers les théories de Masters et Johnson. Peut-être ces questions pourraient-elles être débattues à cette occasion.

J'ai bien conscience de vous envoyer là une lettre lourde de conséquences, Monsieur Gentis. Je vous prie de bien vouloir la considérer comme un témoignage de confiance. Je ne savais pas quand j'ai commencé ce livre ce qu'il deviendrait. Je

ne l'ai pas écrit pour faire de la littérature, ce dont je me contrefiche, mais parce que c'était alors le seul moyen d'action que j'avais, et qu'il ne fallait pas que ce que les gens avaient vécu là soit oublié. Il y a 15 ans de ma vie là dedans.

Je ne savais pas non plus en juillet dernier que Burroughs mourrait le mois suivant et que je ferais ce groupe Interzone. Mais voilà où nous en sommes aujourd'hui. Je ne travaillerai plus dans un hôpital, mais avec ce groupe, nous pouvons mettre en place des structures qui nous permettent de vivre humainement, dignement et de régler nos problèmes nous-mêmes, si on nous laisse le faire. J'espère que ce cadre non préenregistré permettra de mettre en place des structures de vie libres et ouvertes, dans lesquelles des gens actuellement enfermés dans les hôpitaux pourront s'exprimer librement et être reconnus comme des citoyens à part entière, tels qu'ils sont pour ce qu'ils sont.

Je vous propose de vous aider à faire avancer avec vous les choses sur le terrain psychiatrique, en échange de votre soutien pour notre groupe Interzone.

Bien amicalement.

Isabelle Baudron.

Roger Gintis, 25 février 1998.

les / 98

Chère Isabelle Barbou.

merci pour votre longue lettre et
votre payette. Je n'ai pu lire celle-ci
jusqu'à l'instant occupé par des
problèmes familiaux en série (je
suis actuellement au frais de ma mère,
91 ans, à 430 km de chez moi...).

Je envisage de la t'annoncer et
la révolte que vous avez pu constater
de votre passage en psychiatrie -
J'espère qu'avec le merveilleux
que vous avez élaboré vous arriverez
à faire un travail plus intéressant
et plus gratifiant - mais j'en ai
pas eu le temps comparé de quoi
il signifiait et les révisions théoriques
sur lesquelles vous vous appuyez

L'indication avec "Mr B." sur la page
est un document en deux dimensions. Je le
retrouverai sûrement.

(explicités dans votre lettre au
comité d'éthique) me laissent un
peu flexe, elles me semblent un
peu chères (en être-rais-les-jamais-là
aujourd'hui ?) -

Merci pour vos conseils - Avec
des empêchements, je n'ai bien
sur fait en le temps de m'occuper
de mon ordinateur, il faut absolument
que je m'y mette (mais pour le
moment je suis indisponible pour
plus d'un mois encore).

Je vous enverrai dès que possible
un texte que j'ai révisé pour faire
(sommairement) le point sur la
psychiatrie actuelle.

Bon travail. Très cordiales amitiés



Isabelle Baudron, 16 mars 1998.

Cher Roger Gentis,

Merci de votre lettre chaleureuse. Je vous adresse toute ma sympathie dans le contexte familial actuel dans lequel vous vous trouvez, et je souhaite que la série de soucis auxquels vous êtes confronté va bientôt se terminer.

Je voulais vous remercier pour vos appréciations concernant le "Carrefour des Impasses". Vous pouvez bien entendu utiliser comme bon vous semble tout ce qui est susceptible de vous intéresser. Je dois vous dire très franchement que j'appréhendais votre réaction à la lecture de ce document, m'attendant davantage à un rejet de votre part qu'à une réaction favorable. Aussi votre lettre a-t-elle été pour moi d'un grand soulagement.

J'ai fait l'enregistrement de Mr B à l'origine pour William Burroughs, qui s'intéressait au discours des schizophrènes qu'il étudiait dans le cadre des travaux de Constantin Raudive, s'interrogeant sur l'origine de voix enregistrées sur bandes magnétiques, qui lui échappait. Il avait alors émis l'hypothèse que ces voix pouvaient avoir une existence objective et être perceptibles pour certaines personnes et non pour d'autres, en raison d'une utilisation différente de leurs facultés de perception⁷⁰.

J'aimais beaucoup Mr B, qui était avant tout un ami. En ce qui me concerne, si cet enregistrement peut permettre d'apporter un éclairage nouveau sur l'utilisation que font les schizophrènes de leurs facultés de symboliser, et peut amener les gens à davantage de considération et de reconnaissance à leur égard, alors ce travail aura atteint son but.

Un ami me propose de mettre le Carrefour des Impasses sur Internet. Qu'en pensez-vous ? N'attendant aucune reconnaissance des éditeurs français, je ne vois guère d'autre solution pour qu'il puisse être lu.

En ce qui concerne les références théoriques écrites dans la lettre au comité d'éthique, elles datent de 1990. J'ai inclus ce texte non pas tant en raison de l'analyse développée ici que pour démontrer que toutes les démarches accomplies pour défendre ce patient, du bas jusqu'en haut de la hiérarchie, n'avaient servi strictement à rien et qu'il était impossible à un individu isolé d'influer en quoi que ce soit sur le sort des hospitalisés, quelques soient les moyens légaux qu'il utilise dans le cadre administratif, et quels que soient les efforts qu'il déploie.

J'ai voulu expérimenter jusqu'au bout tous les recours, pensant que je devais le faire en raison d'une cohérence professionnelle et espérant à chaque fois naïvement que la personne à laquelle je m'adressais pourrait débloquent la situation. J'ai ensuite réalisé que le jeu était truqué, et j'ai voulu mettre ce fait en évidence, pour démontrer ce qui se produisait vraiment quand un agent tente de défendre les

70. Voir [Ça appartient aux concombres : au sujet des voix enregistrées de Raudive, Essais, tome I, 1981, et Freud et l'inconscient, Essais, tome II, 1984](#), Christian Bourgois Editeur, et l'interview de William Burroughs par Victor Bockris [Au secours, Dr Burroughs – La dernière interview que je ferai jamais](#), dans [Le Temps des Naguals](#), en ligne en pdf.

droits des patients. On nous reproche trop souvent notre passivité, et il est vrai qu'une telle situation implique le cautionnement du personnel et son acceptation, laquelle repose elle-même sur l'ignorance du trucage: personne n'accepte d'être victime d'un jeu truqué. Un jeu nécessite des joueurs, en l'occurrence des persécuteurs et des victimes, qui n'ont pas une claire conscience de l'être, qui ne souhaitent pas aboutir aux conséquences qui en résultent, mais dont le comportement les engendre néanmoins. La prise de conscience des mécanismes aboutissant à de telles conséquences peut alors influencer sur la situation. C'est du moins ce que je souhaite en confrontant le niveau des mots à celui des faits.

Cependant, ce n'est pas tant la psychiatrie elle-même qui me semble en cause ici que l'ensemble de notre structure administrative: des faits identiques se passent dans tous les lieux carcéraux en France: la situation des gens dans les prisons n'est guère plus enviable, étant médiévale à beaucoup d'égard, les préjudices humains subis par les prisonniers en raison des conditions d'incarcération étant bien souvent plus importants que ceux qu'ils ont eux-mêmes occasionnés, surtout quand les lois qui les condamnent reposent sur la notion de crime sans victime (législation sur le cannabis), notion inconstitutionnelle depuis 1789.

Mon analyse théorique était peut-être maladroite, mais qu'importe. Je ne suis pas un théoricien et ne compte pas sur un débat théorique entre professionnels de la psychiatrie pour régler les questions de cet ordre. Il me semble que les choses se posent en termes de droit d'une part, et puisque nous sommes dans le domaine de la médecine, en termes d'efficacité des soins, de respect des patients, et de scientificité: Les faits décrits sont-ils compatibles avec les bases de notre constitution démocratique et avec les principes du Comité d'Éthique ? Les résultats des soins correspondent-ils à nos attentes de départ et débouchent-ils sur un mieux-être pour les patients ? Et enfin les théories utilisées en psychiatrie en cette fin du XX^e siècle correspondent-elles aux critères de scientificité de notre époque ? À quelle conception de l'homme et du monde se réfèrent-elles (Newton ou Einstein) ?

En ce qui concerne la question du droit, il semble que nous n'ayons pas encore intégré en 1998 les articles de la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 dans nos systèmes législatif et judiciaire, et au-delà, dans l'ensemble de nos modes de pensée et de comportement. Notre structure administrative date de Philippe le Bel, et n'a jamais été réactualisée après la révolution. Notre police politique, les renseignements généraux, datent de cette époque, et si sur la forme les méthodes ont changé depuis le XIV^e siècle, sur le fond, elles restent encore tout à fait discutables quand on les compare à ce qu'est censée être la fonction de la police, qui consiste à garantir à tous les citoyens le respect de leurs droits et la défense de leur constitution, une police à leur service et non une force aveugle détournée contre son propre peuple. Quant aux méthodes radicales employées par certains de nos ministres de l'intérieur à des époques récentes, que ce soit celles de messieurs Papon, Pasqua, ou de leurs successeurs, elles n'ont rien à envier à celles de Guillaume de Nogaret, étant restées fidèles à elles-mêmes au fil des siècles.

Or, un retour en arrière sur le contexte de cette époque permet d'effectuer un certain nombre d'observations: Philippe le Bel, encore considéré de nos jours par certains comme "le père de l'administration moderne" (XIV^e siècle), a mis en place une structure hiérarchique et centralisée qu'il a utilisée pour éliminer la chevalerie, saper les bases de la monarchie au bénéfice d'un régime de pouvoir absolu, et mettre en place une justice inquisitoriale qu'il a utilisée pour dépouiller l'ordre du

Temple, les juifs et les Lombards et les envoyer au bûcher, ceci avec la complicité d'un pape qu'il avait lui-même fait nommer au Vatican, le précédent n'ayant pas l'heur de répondre à ses attentes. A noter que c'est à cette époque qu'apparurent les "crimes de sodomie, de sorcellerie et d'hérésie", "crimes" fondés sur la notion de crime sans victime, et qui permettaient de dresser des procès d'intentions à des gens, et de les exécuter au nom de Dieu pour s'approprier leurs biens, en les accusant d'actes indémontrables, actes qui ne pouvaient de toute façon nuire à quiconque. C'est également à cette époque que l'image de Dieu, qui était auparavant celle d'un dieu d'amour, s'est changée en celle d'un dieu persécuteur.

En résumé, l'administration alors mise en place repose sur les mécanismes suivants:

- structure hiérarchique pyramidale et centralisée,
- relations de domination/soumission, persécuteur/victime,
- inversion des valeurs, des critères d'évaluation, des notions de "bien" et de "mal",
- interdits non fondés basés sur la notion de crime sans victime,
- problématique de culpabilité,
- problématique existentielle,

mécanismes qui sont à la base de tous les systèmes de contrôle.

Il importe donc, pour se défaire de ces mécanismes, de réactualiser notre administration sur la base de notre constitution démocratique en fonction des articles de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen.

En raison de leur aspect dramatique, les événements de cette époque ont laissé une trace dans la mémoire collective de notre pays, et les réflexes de peur liés aux mots se sont transmis de génération en génération, engendrant des réactions de rejets et d'exclusion vis-à-vis de certaines catégories de population: c'est sur ces "crimes" alors institués que reposent encore la plupart des interdits basés sur la notion de crime sans victime de notre pays, que ce soient ceux relatifs aux conduites sexuelles, à l'expansion de la conscience ou à la folie.

D'où une véritable pédagogie de la culpabilité qui aboutit à une bouc-émisserisation et une exclusion de nombreuses catégories de population sur lesquelles est rejetée la vindicte des foules et lui servent d'exutoires: malades mentaux, homosexuels, drogués, délinquants, minorités ethniques, etc. De tels comportements sont incompatibles avec les bases de notre constitution démocratique et n'ont plus lieu d'être en 1998, de même que les sophismes qui les sous-tendent, qui ne reposent sur aucun fait. Il importe à partir de là de confronter le niveau des mots à celui des faits, et de sortir de la problématique de culpabilité pour aborder les choses en termes de légitimité et de cohérence.

Il est proprement insensé de continuer à subir les répercussions d'un ensemble d'événements vieux de sept siècles dans lesquels nous n'avons individuellement, aucune responsabilité. Aussi une analyse à l'échelle de la nation, qui permettraient de revenir sur ces éléments dramatiques de notre passé et de les comprendre, me semble seule susceptible de permettre de sortir de cette impasse. Il en est de l'histoire des peuples comme de celles des individus: certains événements traumatiques créent des "nœuds", et leurs acteurs continuent d'agir longtemps après leur mort tant que l'origine de ces événements n'a pas été comprise, et les problématiques qu'ils ont engendrées, résolues.

Voilà les conclusions auxquelles j'ai abouti à l'issue de toutes ces années de réflexions concernant le Carrefour des Impasses. Nous ne pouvons pas en sortir en limitant notre analyse à la sphère psychiatrique, dans la mesure où le système de contrôle qui y sévit n'est qu'un élément d'un ensemble plus vaste, et où l'analyse et la compréhension de celui-ci repose sur un ensemble d'éléments aux niveaux historique, politique, structurel et spirituel.

C'est donc au chevet de l'inconscient collectif de notre pays qu'il me semble important de nous pencher aujourd'hui, dans la mesure où la prise de conscience de ces facteurs inconscients permettrait de résoudre bon nombre de problèmes à ces niveaux, et d'accorder, pour la première fois de notre histoire, l'ensemble de nos institutions avec notre modèle démocratique.

Dans l'attente de votre diagnostic et de la thérapie à adopter en la circonstance, et en vous remerciant chaleureusement pour vos encouragements, forts utiles en l'occurrence, je vous adresse, cher Roger Gentis, toutes mon amitié.

P.S.: J'oubliais de vous tenir au courant de la suite des aventures d'Interzone: nous commençons à nous organiser dans plusieurs domaines:

- Pierre Belouin imprime des tee-shirts que nous vendons ensuite pour investir dans d'autres projets: une traduction en plusieurs langues des Derniers Mots de Hassan Sabbah de William Burroughs (je vous joins ma traduction française. Le texte est impressionnant.)

- Impression d'une revue, Rub Out, d'Andrew Shachat (dont je vous avais envoyé un exemplaire),

- autres projets dans l'air mais pas encore actualisés.

L'organisation au niveau financier me pose problème: je n'y connais rien, n'ai pas le temps de m'en occuper, et refuse catégoriquement de centraliser les finances et l'organisation: Interzone n'est pas le Vatican. J'avais d'abord pensé à créer une association de loi 1901, mais la tonne d'énergie qu'il convient de dépenser à cet effet pour les quelques grammes de résultats obtenus, et le fait que la France est l'un des pays les plus tatillons et bureaucratiques, m'en ont dissuadé.

Étant donné notre total amateurisme aux uns et aux autres en la matière, l'aventure démarre à ce niveau dans le style "Quick et Flupke font des affaires". Mais avec la crise financière sur les marchés asiatiques, et le fait que notre groupe existe autant en Orient qu'en Occident, nous allons tenter une collaboration Est-Ouest à notre échelle en regroupant nos connaissances et capacités respectives: quelques possibilités: avoir un compte en banque au Liban, diffuser nos productions en import-export aux USA, en Inde, au Japon, etc.... J'ai mis une page à cet effet sur Internet

Le projet d'académies burroughsiennes, sortes d'unités d'enseignement et de recherche communautaires, séduit bon nombre de gens dans la mesure où il demande peu de moyens et permettraient de sortir de l'impasse économique dans laquelle sont coincés beaucoup d'entre nous. Je vous joins à cet effet le dernier chapitre d'un projet rédigé avant la création d'Interzone, sur la réalisation pratique d'académies, souhaitant connaître votre avis sur ses chances de réalisation pratiques. Vous pouvez bien évidemment utiliser toutes les idées qui vous semblent susceptibles d'intérêt: il n'y a pas de copyright dessus.

Bien amicalement.

Roger Gentis, 31 mars 1998

le 31 mars 98

Chien / La lettre Bastien.

Je ne fus pour l'instant piacense
nié par le vote corotien du 16 mars -
J'ai le vote lettre, qui en dit déjà
beaucoup, mais pas encore les textes
qui y étaient joints - et je n'ai pas
le temps pour le moment de lire tout
cela attentivement et d'y réfléchir -
En tout cas, je ne fais rien sans
avoir consulté Internet, ni y ayant
encore jamais mis les pieds -

La mort de Fernand Oray et de
Maurd Manonni m'a beaucoup
ébranlé - et mes proches familiers
sont de plus en plus exigeants et
manquent de temps -

J'espère que [REDACTED] est

maintenant bien sorti de sa
dépense. J'ai de temps à autre
des nouvelles de J. Pierre Kéaïen, je
suis heureux si-il ait repris contact
avec vous, cela doit vous enchanter.

Bien cordialement à vous.



Isabelle Baudron, 6 Avril 1998.

Cher Roger Gentis,

Merci de votre lettre et de nos nouvelles. Croyez bien que nous sommes désolés de la série qui vous accable en ce moment.

Jean-Pierre Verrier nous avait avertis de la mort de Maud Manoni lors de sa venue récente. Nous avons eu un plaisir immense à le retrouver après plusieurs années. Son arrivée à Poitiers nous permettra, nous l'espérons, de le voir plus souvent.

Nous avons pu échanger nos impressions respectives sur le devenir en psychiatrie et Jean-Pierre était assez pessimiste. Je vous avoue mon désarroi actuellement à ce sujet. J'ai bien conscience du rôle dévastateur que peut jouer le Carrefour des Impasses dans ce domaine. Parallèlement, j'ai également conscience de la valeur et de l'indispensabilité du travail des gens qui ont œuvré dans tout le phénomène de l'ouverture des asiles après la guerre, ont mis en place les expériences qui ont permis des avancées importantes au niveau thérapeutique et ont amené à plus d'ouverture par rapport à la maladie mentale dans notre pays; je pense en particulier au vôtre et à celui de Jean Oury à Laborde. Et il me semblerait désastreux que mes écrits entraînent des réactions négatives et sans nuance à leur égard.

Mon travail est une étape de déstructuration, qui demande à être suivi d'une restructuration, qu'il m'est impossible d'effectuer. Celle-ci nécessiterait la participation de professionnels pratiquant une psychiatrie humaine.

Un tel mouvement permettrait de rassembler les énergies au-delà des différentes écoles, d'offrir une alternative au futur sombre que nous a prophétisé Jean-Pierre et serait porteur d'espoir. Il me semble aussi indispensable pour les soignés, qui ont besoin d'autre chose que de structures régies par des administratifs totalement ignorants en matière de santé mentale et accordant une valeur plus importante à leurs budgets qu'à la santé des gens dont ils ont la responsabilité. De même qu'il me paraît insensé que dans un pays dit démocratique, une minorité de technocrates puisse décider du sort de milliers de personnes sans tenir le moindre compte des avis des gens susceptibles de parler en connaissance de cause, que ce soit au niveau des médecins, des infirmiers ou des patients.

Nous avons besoin de respect, de reconnaissance et d'espoir. Rien de tout cela ne nous est accordé. Nous ne pouvons pas continuer de cautionner par le silence notre propre destruction, c'est une question de dignité. Nous ne pourrions rien faire, je le crains au niveau individuel.

Je ne crois pas du tout en l'efficacité des mouvements corporatistes, et il me semble qu'un mouvement rassemblant tous les acteurs du monde psychiatrique sur une base éthique, qui permettrait des échanges ouverts et constructifs et pourrait éventuellement demander à être intégré au Comité Consultatif National d'Éthique, auquel les gens pourraient librement adhérer et participer, pourrait constituer une porte de sortie à la situation présente. Si dans quelques temps vous avez plus de temps pour y réfléchir, je serais heureuse d'échanger plus amplement avec vous à ce sujet.

Bien sincèrement à vous.

Isabelle Baudron

Roger Gentis, 15 avril 1998

le 15/04/98

Chère Isabelle Baubron .

Je t'en ai non pas répondu à tout ce que
vous soulève dans vos dernières lettres (que
je viens de relire), mais pas en détail et
échange ... et vous aide éventuellement à
mieux définir votre voie .

Il se fait quand même pas mal de
travail en ce moment . A force de
jouer de la langue dont je viens de
revenir - et il y a aussi celles de St Alban,
de Sts Gemmes, de Dax, de Marseille
- sans compter les lieux que je ne connais
pas et où il en soit une direction affaiblie,
il doit y en avoir ...

Content que vous ayez pu reprendre
contact avec J.P.V.

Toujours bien amicalement à vous



Psychiatrie, le carrefour des impasses

Interzone Éditions

Mai 2020

ISBN: 979-10-94889-04-6

Dépôt légal Mai 2020

PSYCHIATRIE, LE CARREFOUR DES IMPASSES

Isabelle AUBERT-BAUDRON

Psychiatrie, le Carrefour des Impasses est un recueil de documents et de nouvelles qui témoignent d'événements survenus dans un centre psychothérapeutique en France à partir des années quatre-vingt. Il s'achève avec la mort d'Élodie Multon, une infirmière tuée par un patient le 13 février 2020.

J'ai commencé ce livre après ma démission de la psychiatrie publique en 1991, refusant de cautionner le changement d'orientation du « tournant gestionnaire » et ses conséquences humaines. Toutefois j'étais alors loin de soupçonner que j'assistais au début d'un démantèlement de la psychiatrie française programmé sur le long terme.

La première partie, qui rassemble des extraits de la revue *Objectifs* réalisée par des soignants et des soignés de 1984 à 1987, atteste du travail thérapeutique qu'il était alors possible d'effectuer en psychiatrie. Les textes de la deuxième partie traitent du vécu de patients et de soignants dans les années suivantes et sont représentatifs de la dégradation progressive de la qualité des soins, des conditions d'hospitalisation et des droits des patients. La troisième partie contient des documents de recherche et propositions pour le futur. J'ai inclus dans la quatrième les correspondances échangées dans le contexte de ce livre avec William Burroughs, Brion Gysin, Francis Jeanson et Roger Gintis, entre 1985 à 1998.

Ma pratique de la sémantique générale m'a amenée à confronter aux faits la théorie enseignée durant mes études d'infirmière de secteur psychiatrique, et à remettre en question certains de ses postulats. Elle m'a également permis d'acquérir une meilleure compréhension des mécanismes du management mis en œuvre, et d'expérimenter in vivo des moyens de diminuer son pouvoir de nuisance. Ce travail d'investigation a donné lieu à la rédaction en parallèle d'un livre de stratégie, *Des systèmes de contrôle* (Interzone Éditions, 2014).

Psychiatrie, le Carrefour des Impasses était la seule possibilité d'action à ma portée qui n'ait pas été préenregistrée, prévue, ni incluse comme donnée par l'institution. "Castaneda décrirait cela comme une irruption soudaine du Nagual, l'inconnu, l'imprévisible, dans le Tonal, qui est la totalité du film préenregistré. Ceci va à l'encontre des lois les plus fondamentales d'un univers prévisible et orienté par le contrôle. Introduisez un facteur imprévu et par conséquent imprévisible, et toute la structure s'effondre comme un château de cartes." William Burroughs.

Isabelle Aubert-Baudron

INTERZONE ÉDITIONS

<https://www.interzoneeditions.net>

ISBN: 979-10-94889-04-06

**Édition
électronique
gratuite**