

L'histoire de la psychiatrie de secteur est racontée dans la première partie de ce numéro. Il ne s'agit pas d'une histoire de la nosographie, ni de la thérapeutique, mais de l'organisation de la psychiatrie en tant qu'elle cherche à sortir de la forteresse asilaire : ce qu'on appelle le secteur. (Nous nous interrogeons p. 545 sur les conditions, la portée et les limites de cette histoire).

Dans une seconde partie (Un essai de programmation institutionnelle), nous rendons compte d'une expérience de programmation d'équipements psychiatriques de secteur dans deux villes nouvelles de la région parisienne. Nous y apparaissions cette fois en tant qu'acteurs, et pas seulement en tant qu'historiens. On y trouvera une réflexion collective sur le processus de la programmation, les normes d'équipements, l'alternative « m² thérapeutiques ou m² sociaux » et enfin sur les rapports de pouvoir qui organisent la politique urbaine en matière d'équipements collectifs. Nous expliquons p. 251 pourquoi le récit de cette expérience de programmation fait partie de l'histoire de la psychiatrie.

Dans une troisième partie enfin (Le secteur impossible ?), nous faisons retour sur l'histoire : qu'est-ce qui se met en place actuellement sous le nom de secteur ? La « longue durée » de l'asile a-t-elle une chance de prendre fin réellement ? Les pratiques psychiatriques d'avant-garde annoncent-elles une figure nouvelle de la folie comme phénomène social ?

La problématique commune à ces trois parties est celle que nous avons esquissée dans le n° 13 de Recherches : la psychiatrie est un sous-ensemble des « équipements du pouvoirs », une formation de pouvoir particulière, née au début du siècle dernier à la faveur d'une conjoncture par laquelle l'État a confié au corps des aliénistes (alors en formation) un territoire clos (l'asile) et la maîtrise partagée de ce

territoire. La question-clé est alors la suivante : si les psychiatres revendiquent la destruction de l'asile, ou tout au moins son dépérissement au profit d'institutions de soins légères et disséminées auprès de la population, ne risquent-ils pas de perdre le pouvoir social qu'ils tenaient de l'asile et le pouvoir thérapeutique qui en dépend ? Assistons-nous aujourd'hui effectivement à une nouvelle redistribution des pouvoirs, à la faveur de laquelle l'ancienne organisation asilaire serait remplacée par une organisation entièrement différente ?

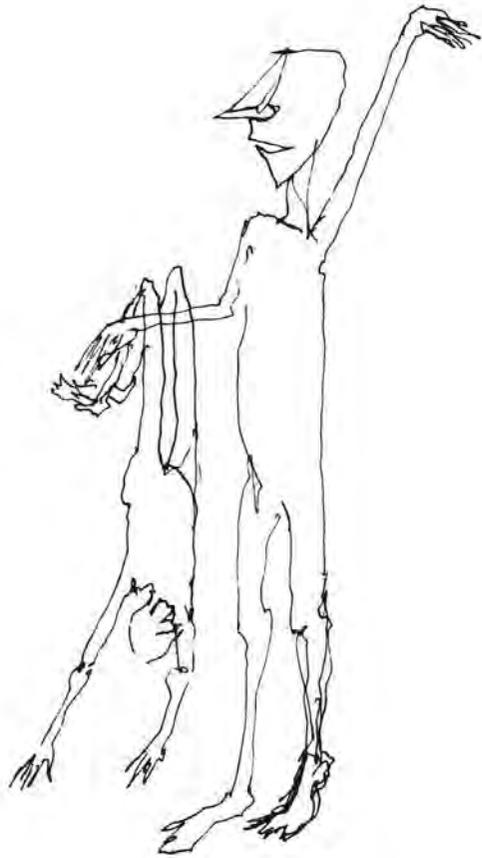
Notre recherche se présente comme un assemblage de morceaux d'interviews (tous datés du dernier trimestre de 1974, sauf indication contraire), parfois de discussions, plus rarement de textes écrits déjà publiés ailleurs. Les personnes interviewées sont des auteurs à part entière : elles ont revu et corrigé les décriptages des bandes magnétophoniques. Nous apparaissions essentiellement comme metteurs en scène des énoncés que nous avons assemblés selon un certain ordre ; et c'est dans ce travail de montage que nous avons pris notre plus grand plaisir... Nous intervenons aussi comme acteurs, dans la mesure où nous avons travaillé dans les villes nouvelles ; comme présentateurs, lorsqu'en quelques phrases nous plantons le décor ; comme commentateurs enfin, ça et là dans le corps du texte. L'enquête auprès des infirmiers a été réalisée par Gaëtane Lamarche-Vadel et Georges Préli, qui ont par ailleurs écrit plusieurs textes de fond.

François Fourquet et Lion Murard

Un mot pour terminer. Recherches compte publier cette année une série de travaux collectifs du genre de celui-ci (histoire de La Borde ; naissance des villes nouvelles ; l'expérience de Fernand Deligny avec les enfants dans les Cévennes ; une tentative communautaire : la rue des Caves à Sèvres ; enfants et adultes dans la vie collective – voyez le catalogue). Pour réaliser ce programme, la plus-value du travail des gens du Cerfi n'est plus suffisante : nous avons besoin d'une avance de trésorerie, car il faut plus d'un an avant que la vente d'un numéro ne puisse rembourser sa fabrication matérielle (composition, photogravure, tirage, brochage). Les abonnements sont une solution efficace à ce problème (a fortiori les abonnements de soutien ou les abonnements groupés) ; mais il faudrait 600 nouveaux abonnements à 150 francs pour financer la réalisation de ce numéro-ci !...

PREMIERE PARTIE
HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

- Dr Aujaleu**, directeur de l'hygiène sociale (1944-1956)
 puis directeur général de la santé (1956-1964)
- Dr Pierre Bailly-Salin**, Vaucluse (VIIème arrondissement de Paris)
- Dr Lucien Bonnafé**, Corbeil
- Dr Georges Daumézon**, Henri Rousselle (Sainte-Anne)
- Félix Guattari**, Clinique de La Borde
- Dr Robert-Henri Hazemann**, ancien chef de cabinet du ministre de la Santé (1936)
- Mme Laurenceau**, chef du bureau MS1 des maladies mentales au ministère de la santé
- Mlle Mamelet**, sous-directeur de la protection sanitaire au ministère de la santé,
 ancien chef du bureau des maladies mentales
- Dr Mignot**, Maison-Blanche (IIIème arrondissement de Paris)
- Dr Jean Oury**, médecin-directeur de la Clinique de La Borde
- Dr Danielle Sabourin-Sivadon**, Clinique de La Borde
- Dr Paul Sivadon**, directeur médical de l'Elan
- Dr Horace Torrubia**, Fleury-les-Aubrais
- Dr François Tosquelles**, Institut régional de psychothérapie et de rééducation de Longueuil-Annel
- Dr Charles Vaille**, inspecteur général de la santé



I. NAISSANCE DU MÉDECIN D'ASILE

Daumézon : le « secteur », c'est la transformation du psychiatre : au lieu d'avoir une situation féodale dans son hôpital, il cherche à se tourner vers l'extérieur et à y implanter son action. Mais, bien sûr, il est difficile de se transformer d'abbé mitré dans son monastère en moine mendiant sur les routes. Je n'ai rien d'autre à dire. (Intervention aux Journées psychiatriques de 1966, Livre blanc de la psychiatrie française).

Bonnafé : l'aliéniste jette son froc aux orties, se pointe sur la place publique et crie : « qu'y a-t-il pour votre service ? » Et à ce moment-là se posent les ambiguïtés du pouvoir : le fond profond de la grande querelle sur la psychiatrie de secteur, la divergence fondamentale, c'est la conception technocratique, ou impérialiste, ou bureaucratique de la psychiatrie de secteur, radicalement opposée à ce que moi j'ai le sentiment de porter depuis toujours : tu ne saurais être qu'un homme qui est là pour *rendre des services*. La dramatique intérieure de l'institutionnalisme c'est la fascination institutionnelle du lieu dans lequel on est *le maître*, au contraire de la psychiatrie de *service public*. La divergence porte sur une conception du service public, en tant qu'on est là pour rendre service au public. Y compris pour affronter ce fait incontestable, évident, qui est dans la nature d'une société tendant toujours à instaurer des relations d'autorité et de dépendance, à savoir que tu as beau arriver humblement en disant : je suis à votre service, *tu ne peux pas ne pas être vécu comme le porteur d'un pouvoir*, avec tous les trucs à la mode sur le pouvoir-savoir etc. C'est effectivement ça que l'homme de service public a à se farcir : il ne peut se donner que comme homme de service à rendre, mais *en même temps* il ne saurait se présenter sans personifier un personnage de pouvoir. Bon. Ça, c'est la vie. Celui qui a peur de travailler dans ce malentendu kafkaïen, eh bien il n'a qu'à faire autre chose, plutôt que d'oeuvrer si peu que ce soit dans la relation humaine ; mais quand il se mettra à faire de la boîte de conserves, il retrouvera le problème à un autre détour ! Ce

n'est pas parce qu'il aura renoncé au métier qui se fait dans la relation humaine, la psychiatrie, la pédagogie ou n'importe quoi, qu'il aura évacué le problème ! Le problème le rattrapera au tournant ! Mais il est évident que c'est le travail dans la relation humaine qui pose le problème à son comble.

Il y a là des choses très compliquées, que Daumézon sait bien dire, en particulier la fascination de cette idée de *quadrillage*. Dans l'hygiénisme, il y a un aspect profondément progressiste, mais *en même temps* un potentiel d'autorité, du côté du pouvoir comme du côté des aliénistes. Les aliénistes traditionnels sont imprégnés de l'idéologie que j'avais nommée à Saint-Alban *le marquis de Carabas* : « mais à qui sont ces gens ? » Et le Chat Botté de répondre : « mais à mon maître Monsieur le Marquis ! ». Ça, cet apologue du Marquis de Carabas, c'est une création saint-albanaise ; mais il y a aussi celle du Baron d'Ostende. Vous connaissez le Baron d'Ostende ?

Le Baron d'Ostende

Paillot : le médecin des asiles est un des derniers féodaux. Il règne sur son domaine. Son pouvoir est limité, bien sûr. Il y a les missi dominici et le suzerain. L'Obersturmführer, en quelque sorte. Il ne se confine pas toujours sur ses terres, certes. Beaucoup vont à Versailles partager les fastes de la cour, laissant le soin de la Baronnie à quelque fidèle régisseur. Mais la plupart parcourent régulièrement leur fief – certains même quotidiennement. Et n'est-ce pas miraculeux ? Voilà un médecin, en général peu fortuné, tenu un peu à l'écart à cause de sa médiocre odeur, souvent peu courageux et en retrait d'un siècle dur, toujours aux prises amèrement avec son angoisse et sa faiblesse. Et voilà qu'on lui donne en apanage un château, avec ses terres, un grand nombre de serfs et de serviteurs. Le tout de qualité médiocre, hélas. Les murs du château sont lézardés. Les toits s'envolent les jours de grand vent. Les serfs ne sont pas très propres. Les serviteurs ne sont pas toujours très attachés au régime. Mais le domaine est bien réel. Ce n'est pas un rêve. On n'est pas Louis II de Bavière, mais on est le Baron d'Ostende.

Depuis peu, le Baron d'Ostende change ses moeurs pastorales contre des moeurs agricoles. L'ère est déjà finie des grands espaces où les barons erraient à l'aise. Vient le temps des barbelés qui limitent les domaines. On se partage les points d'eau où les troupeaux viendront se désaltérer le soir. C'est ce que l'on appelle le secteur.

A l'intérieur de son service, le Baron peut réaliser la société de ses rêves. Il est déçu par l'existence, las d'une société dont il voit surtout les excréments.

Le psychiatre est une sorte de morpion. Sa position dans la société lui donne du

monde une vue surtout anale, donc pessimiste — forcément. Malgré ses courageuses tentatives de faire de l'analyté une conception globale de l'être. Ça n'a pas marché. Faute de moyens sans doute. Dans une société pourrie. Nous y revoilà. Notre baron va pouvoir se façonner un petit monde à lui. Mais ce coup-ci, ce ne sera pas une société pourrie. Il va bricoler avec les moyens du bord un palais de facteur Cheval à sa mesure. Un poulailler ici, un orchestre là, ailleurs une fabrique de colliers de moutons. Sans oublier le programme des fêtes de la baronnie.

J'aimerais tant voir Syracuse. C'est le leitmotiv de Denys, Baron d'Ostende. Chaque Baronnie a ses caractères propres. Certaines sont réunies par la communauté de pensées, de lieu ou d'intérêts, comme la ligue hanséatique. La plupart vivent de leur petite expérience isolée, farouchement nationaliste et anti-néo-colonialiste. De son donjon, le Seigneur savoure avec satisfaction les fruits de sa tyrannie éclairée. Un léger sourire de dédain, une lueur amusée dans les yeux éclairent son visage buriné lorsqu'il pense aux baronnies voisines, ces lamentables sécrétions d'un cerveau débile.

Dans ce petit monde qui sent la camomille, le Baron s'adonne volontiers à quelque manie innocente. Il coupe les pattes d'une puce, et quand elle ne saute plus, en conclut qu'elle est sourde. Il écrira quelques pages qui seront publiées dans « Le Petit Mercure des Asiles ». S'il est plus obsessionnel, il se contentera de quelques hochements de tête en murmurant : « Il se passe quelque chose ». S'il a été poursuivi par les études, il dira : « J'ai vu mater l'hélitrompe et tromper le Machaerobus . . . »

Et les jours coulent doucement. Dans un agréable ronron, on devise gaiement entre gens du même monde de l'image du pair. On multiplie les poulaillers, les orchestres, les puces, les comices. On gravit l'échelle mystique, cabalistique des fantaisies millénaires de la prise de conscience.

Tout s'écroule autour, la baronnie n'est pas rentable. La culture, ça ne vaut rien. Ce n'est plus un château, c'est une cour des miracles. Mais non, jobardisant sur son fumier, dressé sur son « ergo », le médecin des asiles cocoricote. Réveillez-vous ! Réveillez-vous, partez sur les routes, dites bonjour aux dames. Laissez tomber vos rêves de grandeur, oubliez vos quasimodos de quartier, laissez-les croupir dans leur coin. Donnez-leur à boire tout de même un peu. Mais enlevez la naphthaline de vos costumes, brossez-les, faites-vous propres, quittez l'« Ermitage », le « Prieuré », « Ostende ».

Si alors, vous ne vous pendez pas, (ce qui après tout, ferait des places pour les jeunes), vous serez quelque chose . . . Sinon, sous peu, on viendra vous voir, sépulcres blanchis, et les touristes filmeront, remueront vos chaînes dans les souvenirs d'une psychiatrie défunte.

Je serais sincèrement désolé si mon propos laissait passer tant soit peu d'amertume ou que l'on puisse me reprocher une tendance non constructive dans la façon de voir les choses. C'est pourquoi j'ai terminé sur une vue plus optimiste. J'achèverai mon bref quart de tour d'horizon avec l'hôpital psychiatrique lui-même. Je demande tout d'abord qu'on le débaptise. On ne peut pas appeler ainsi un endroit où :

1. *On ne soigne pas.*
2. *Il n'y a pas de malades mentaux.*

Je proposerais plutôt un terme impliquant l'idée de protection, de repos, quelque chose comme « le havre », « le nid », « le foyer » ou « l'asile ». Nous sommes d'ailleurs les seuls à employer encore le terme d'hôpital psychiatrique. (Extrait du Baron d'Ostende, Recherches n° 2, février 1966).

Les institutions républicaines

Bonnafé : il y a donc tout ce féodalisme des petits seigneurs des asiles, qui contient quand même un penchant vers la prise en charge des hommes : à qui sont ces gens ? Ils sont à moi ! A tel point que dans le jargon apparaît ceci (je l'ai entendu) : « le secteur, c'est moi ! » et quand j'ai raconté ça la semaine dernière à un collègue provincial, il m'a dit : moi, j'ai entendu « mon secteur c'est pas toi ! ». Comme quoi les versions les plus caricaturales du syndrome en question sont bien vivantes. Par contre, ce que tout le monde dit encore et contre quoi je m'insurge (et là dessus les pères historiques de la chose en question ne cessent de décolérer), c'est que le langage entendu par tous n'est plus : « le secteur c'est moi », ce qui est tout de même un petit peu gros, mais : « le secteur c'est nous », le secteur c'est l'appareil, c'est le système de santé, ce n'est pas l'ensemble démographique desservi. Et c'est là qu'on voit le grand clivage, l'abîme qui sépare une conception de service public et une conception institutionnelle qui centre ses préoccupations sur l'institution elle-même, sur là où on est dans son propre monde, où on assume sa responsabilité, sa fonction et dont on est le chef.

Un des aspects fondamentaux de la réflexion sur la psychiatrie de secteur, c'est de considérer la chose psychiatrique, non comme sa propre fin, par rapport à l'intra-psy, mais par rapport aux choses de la vie qui sont *étrangères à la psychiatrie*. C'est frappant dans le vocabulaire : c'est ainsi que pour les gens qui représentent l'aspiration, je dirais révolutionnaire, *le secteur c'est un ensemble démographique*. Pour le vocabulaire disons bureaucratique, pour simplifier, *le secteur c'est l'appareil*. Et on dit le secteur, voire même — c'est là où le vocabulaire apparaît dans sa cocasserie la plus accomplie — *l'inter-secteur* ; quand on parle d'un instrument inter-sectoriel, on dit : *l'inter-secteur*. Ce qui pousse justement à

son comble l'inadéquation terminologique, ou plutôt l'adéquation très précise à une formule absolument bureaucratisée : l'intersecteur, c'est l'*appareil*. Et ce vocabulaire : « le secteur c'est l'appareil, l'intersecteur c'est l'appareil », est le vocabulaire qui est toujours envahissant en dépit de nombreuses mises en garde, alors qu'en réalité, *le secteur c'est la population desservie*.

De même, c'est le problème de l'institutionnalisme : souvent dans la réflexion sur la notion de psychiatrie institutionnelle et sur les institutions, il apparaît (plus on prend de recul, plus ça apparaît avec netteté) une divergence absolue. Il y a ceux pour qui l'alpha et l'oméga de la réflexion institutionnelle porte sur l'intra-institutionnel ; et il y a l'autre courant pour qui la réflexion sur les institutions s'applique plutôt aux institutions républicaines : comment le système de santé mentale peut-il s'articuler avec le quartier, avec la *commune* (qui est le premier élément constitué des institutions républicaines, la première institution solide, officialisée, etc.), avec le canton, avec le département, avec la région, avec l'institution nationale, l'Etat ? L'institutionnalisme disons démocratique est un institutionnalisme qui ne pense les critères des institutions de santé mentale que sous la loi de leur rapport avec les institutions républicaines. Cette divergence est tout à fait historique et il est vrai que par exemple si on réfléchit à ce que Daumézon a nommé jadis le mouvement français de psychothérapie institutionnelle, on y voit très nettement la divergence en question se manifester. On voit très nettement dans ces courants une polarité d'investissement intra-psy, intra-institutionnelle et une polarité d'investissements extra-psy où le problème apparaît : comment répondre mieux aux besoins des gens, en relation avec les institutions dans lesquelles fonctionne la vie des gens et qui théoriquement sont comptables de la vie des gens, de leurs aventures et de leurs malheurs ?

Le territoire du médecin-chef

Torrubia : qu'est-ce que tu veux que je fasse dans le secteur ? Je n'ai pas de réponse. Comment veux-tu que je sache comment ça va se fabriquer ? Je n'en sais rien. Je n'ai pas d'option. Je n'ai pas de projet d'avenir, je n'ai pas de programme. Je suis un type sans programme. Je n'ai pas d'autre programme que de dé-programmer.

Ça doit venir de ma propre histoire. Il faut que je m'explique un peu sur une certaine façon pour moi de fonctionner, je crois que c'est très important. Je n'ai pas du tout investi dans les institutions. Mon problème à moi, c'est une sorte de « détalement », au sens de détalement : tout ce qui est territoire m'agace. Tout ce qui est appartenance : moi, toi. L'expérience que j'ai eue avant la guerre d'Espagne avec un ami avec qui je partageais tout, ça doit compter encore. Je suis porté à nier toute interdiction, toute possibilité de dire : ça, c'est à moi, ça m'appartient. Il faudrait aller au-delà de ce que je dis, mais ça serait trop long. Je

raisonne avec un truc un peu dés-humanisé aussi. Je me souviens que ce qui me rassurait un peu vis à vis de ma propre mort pendant la guerre d'Espagne, c'était un truc statistique. Je me disais : il y a plus de blessés que de morts ; et il y a beaucoup plus de gens qui ne sont pas blessés que des blessés. C'est un peu comme la loterie : je sais que je ne gagnerai jamais. Du point de vue purement statistique, je me disais que je n'avais aucune chance de mourir. A tel point qu'une fois, étant dans un PC, une bombe m'est tombé sur le crâne, sur le toit de la maison. Les avions, je les regardais avec mes histoires de statistiques, et paf ! de plein fouet. On était 20 dedans : 16 morts. Et tout le merdier. Ma première réaction : j'y croyais pas ! Ça ne marche pas ! C'est pas possible ! La loterie, on ne la touche jamais, c'est bien connu ! Quand je me suis tiré d'affaire, je me suis dit : statistiquement, une fois peut-être, mais la deuxième c'est quand même rarissime. J'étais tranquille. Alors dans un autre domaine, je me dis : statistiquement, c'est peu probable que tu aies raison. Je sais que c'est une connerie monumentale, mais dans les tréfonds de moi-même je me dis que, statistiquement, la probabilité que j'aie raison est infime. On vit toujours dans une situation utopique par rapport aux prévisions passées. Il est invraisemblable que je tombe sur quelque vérité que ce soit. Ce que je viens de dire, ça n'a pas de sens ; mais c'est un peu ma façon de fonctionner. Ça ne va pas très loin, mais ça m'aide. Parce que je pense que ce qu'on prend aujourd'hui comme option, c'est quand même à côté de la plaque.

Alors, vraiment, je n'ai rien à dire sur le secteur. C'est dur parce qu'il faut à certains moments assumer l'anarchie pour permettre l'émergence des singularités, enfin, la soi-disant anarchie parce que mon service est comme tous les autres, il ne supporte pas les singularités. Je suis pour l'absence de stratégie : quand j'entends « stratégie », ça m'horripile. Pour moi le secteur, ça serait : démerdez-vous ! Parce que dès qu'on prend la folie en circuit organisé et en tant que situation individuelle avec une marque quelque part, je pense que les carottes sont cuites. Mais c'est très difficile à cause de l'idéologie très réactionnaire qu'il y a dans une institution asilaire. Mettons qu'on diversifie les conduites avec un psychotique : toi tu diras blanc, l'autre dira vert, l'autre dira noir, moi je dis rouge, un autre dira n'importe quoi. Et ça peut marcher : à chaque moment de son existence, le schizophrène peut s'accrocher à un wagon. S'il est mal à l'aise et qu'il veut foutre le camp dehors, il y a toujours un type pour dire : oui, oui, vas-y ! Et l'autre dira : je ne suis pas d'accord ! S'il va dehors et s'il ne va pas bien, il rentre, il trouvera celui qui était d'accord pour qu'il reste. Mais c'est un type de conduite voué à l'échec parce que ça va à l'encontre des pressions sociales : dans n'importe quelle situation d'angoisse, tu as tout de suite des réunions pour coordonner, synthétiser, être tous d'accord sur une ligne de conduite ; parfois il faut presque voter, la majorité, on va tous suivre la ligne, et moi je suis assez hérisé par ces histoires-là.

Dans mon service, les infirmiers sortent quand ils veulent . . . ou quand ils peu-

vent. Personne n'est obligé de me rendre compte de ce qu'il fait et tant mieux. Les gens m'en parlent quand ils le désirent. En tout état de cause, ce qui me paraît important dans le secteur, c'est que les infirmiers puissent sortir. Ça me paraît essentiel : les sortir de la hiérarchie, de la connerie asilaire, et qu'ils aient dehors une relation à l'autre qui n'est plus une relation de pouvoir aussi évidente qu'à l'asile. Les malades peuvent leur dire : allez vous faire voir ailleurs, même s'ils ne le disent pas parce qu'ils peuvent avoir peur des représailles. Ce n'est pas du tout la même situation qu'à l'asile, où on a un pouvoir inouï. Quand on pense aux expérimentations qu'on a faites dans des hôpitaux avec certains produits ! Le type qui a inventé l'électro-choc, c'est quand même quelque chose, ça ! Ou le type qui a fait un traitement qui arrête le coeur : tu fous une piqûre intraveineuse avec électro-cardiogramme contrôlé plat. Une seconde passe, deux secondes, trois secondes, il faut attendre que ça commence à bouger. Faut le faire !

Le service public, c'est fou ce qu'il porte mal son nom : il est encore plus privatisé que la propriété privée. Dans le privé, au moins on fait semblant : entrez, entrez, vous êtes chez vous, etc. Dans le public il n'y a rien de public : le bureau du médecin, le bureau du surveillant, la zone d'Untel, la chaise de l'autre, etc. Il faudrait ouvrir les portes, non vers l'extérieur mais vers l'intérieur. Faire qu'il y ait un peu de communication, que les territoires ne soient pas constitués. Mais c'est fou le nombre de résistance qu'on trouve. C'est un problème qui vient de très loin, de la toute petite enfance. Pour traiter un enfant psychotique, il faut lui créer un chez-soi, quelque chose qui lui appartienne. C'est banal mais nécessaire. Je dis peut-être des énormités, mais ça me paraît grave : pour tirer d'affaire un enfant, ou pour qu'il se développe – comme on dit – normalement, on va le faire entrer dans le système qui va l'aliéner : c'est ton poupon, ton lit, ton machin et voilà, ça continue comme ça : ton secteur, ta patrie ; et pourquoi pas ta planète ? Hitler y a déjà pensé. Le gosse, il va se réinsérer très bien dans la société : c'est vraiment la bonne voie ! Mais ce n'est peut-être pas la bonne voie pour en faire un contestataire, un vrai, parce qu'on peut aussi contester avec une casserole !

J'ai essayé de faire une petite expérience, dans « mon » service. L'unique chose vraiment personnelle, c'est mon bureau. C'est plein de mythes un bureau médical. Il y a du sacré là-dedans, ça se plaque aussi dans la tête du médecin. Pour ma propre hygiène mentale, j'ai essayé de dé-privatiser mon bureau. Tout le monde peut y entrer, y travailler, se servir de mon téléphone . . . enfin, ceux qui osent. Mais il a fallu quand même que je me fabrique un territoire dans les tiroirs du bureau parce que j'y ai des dossiers, qui d'ailleurs n'ont strictement aucune valeur, parce que quand je reçois un malade, j'écris quatre conneries : tofranil, trois comprimés par jour, etc. C'est un truc de mémoire, pour me souvenir de petits détails ; mais des problèmes fondamentaux, dans ces dossiers, il n'y en a aucun. Il n'y a rien dans le dossier. Mais si jamais il se ballade et qu'un malade

L'ouvre ou le déchire, ça ferait tellement d'histoires que je ne prends pas le risque. Il y a là un mur que je ne peux pas franchir. Je m'en foutrais que ces tiroirs soient ouverts à tous les vents, mais il y a le nom propre d'un type et je suis censé être discret à son sujet. C'est un résidu du secret médical.

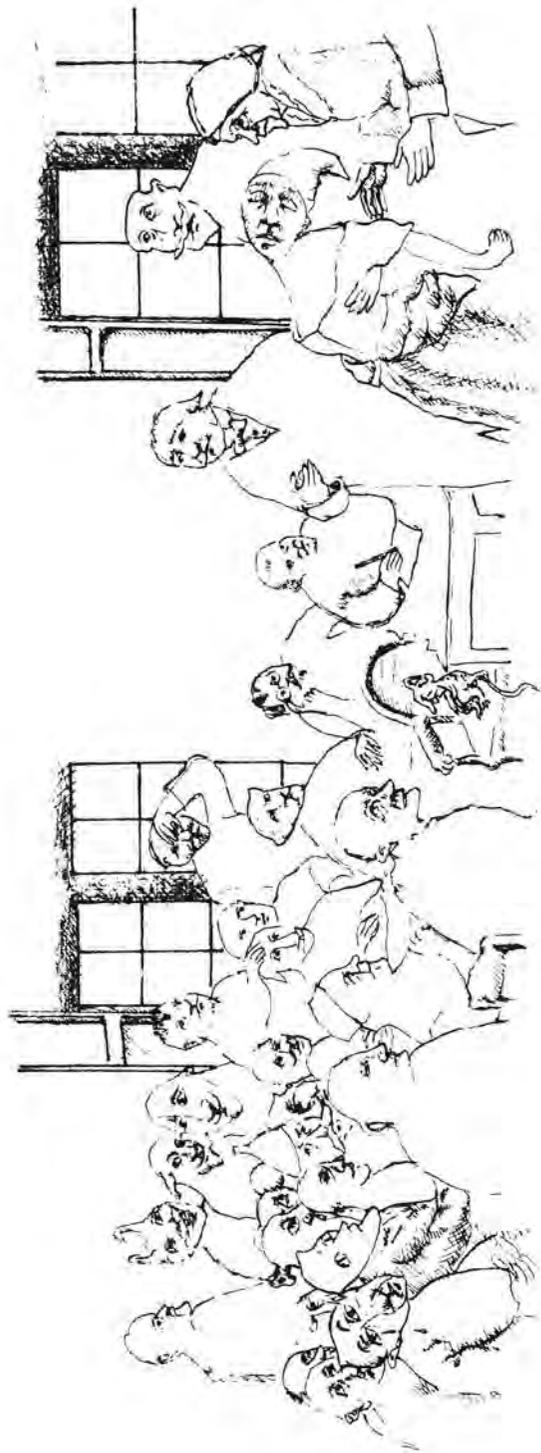
De l'asile à la psychanalyse : généalogie du pouvoir de guérir

Foucault : l'apothéose du personnage médical est sans doute la structure la plus importante du monde asilaire tel qu'il se constitue à la fin du XVIII^e siècle, puisqu'elle va autoriser non seulement des contacts nouveaux entre le médecin et le malade, mais un nouveau rapport entre l'aliénation et la pensée médicale et commander finalement toute l'expérience moderne de la folie. Jusqu'à présent, on ne trouvait dans l'asile que les structures mêmes de l'internement, mais décalées et déformées. Avec le nouveau statut du personnage médical, c'est le sens le plus profond de l'internement qui est aboli : la maladie mentale, dans les significations que nous lui connaissons maintenant, est alors rendue possible.

L'oeuvre de Tuke et celle de Pinel, dont l'esprit et les valeurs sont si différents, viennent se rejoindre dans cette transformation du personnage médical. Le médecin, nous l'avons vu, n'avait pas de part à la vie de l'internement. Or il devient la figure essentielle de l'asile. Il en commande l'entrée. Le règlement de la Retraite le précise. (...) Depuis la fin du XVIII^e siècle, le certificat médical était devenu à peu près obligatoire pour l'internement des fous. Mais à l'intérieur même de l'asile, le médecin prend une place prépondérante, dans la mesure où il l'aménage en un espace médical. Pourtant, et c'est là l'essentiel, l'intervention du médecin ne se fait pas en vertu d'un savoir ou d'un pouvoir médical qu'il détiendrait en propre, et qui serait justifié par un corps de connaissances objectives. Ce n'est pas comme savant que l'*homo medicus* prend autorité dans l'asile, mais comme sage. Si la profession médicale est requise, c'est comme garantie juridique et morale, non pas au titre de la science. Un homme d'une haute conscience, d'une vertu intègre, et qui a une longue expérience de l'asile pourrait aussi bien se substituer à lui. Car le travail médical n'est qu'une partie d'une immense tâche morale qui doit être accomplie à l'asile, et qui seule peut assurer la guérison de l'insensé. (...)

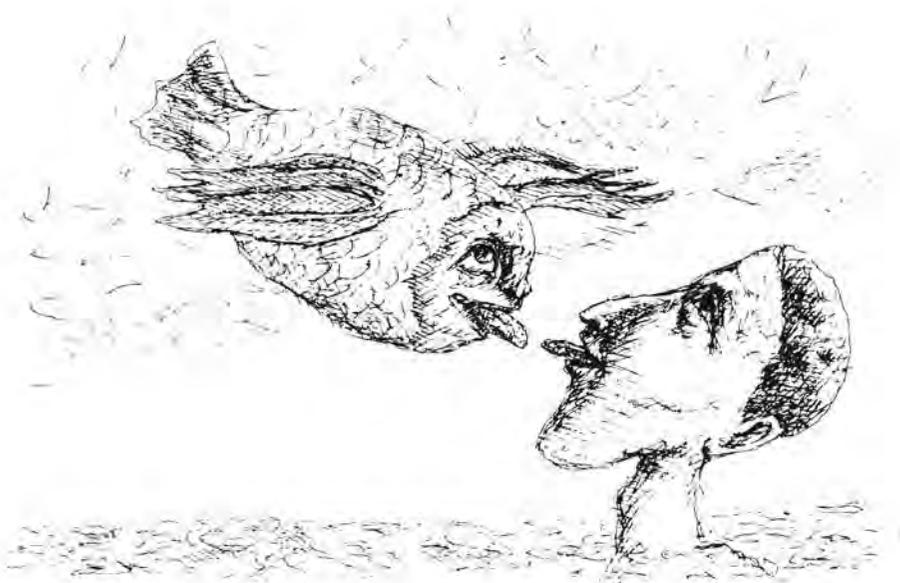
On croit que Tuke et Pinel ont ouvert l'asile à la connaissance médicale. Ils n'ont pas introduit une science, mais un personnage, dont les pouvoirs n'empruntaient à ce savoir que leur déguisement, ou, tout au plus, leur justification. Ces pouvoirs, par nature, sont d'ordre moral et social ; ils prennent racine dans la minorité du fou, dans l'aliénation de sa personne, non de son esprit. Si le personnage médical peut cerner la folie, ce n'est pas qu'il la connaisse, c'est qu'il la maîtrise ; et ce qui pour le positivisme fera figure d'objectivité n'est que l'autre versant, la retombée de cette domination. (...) Le médecin n'a pu exercer son autorité absolue sur le monde asilaire que dans la mesure où, dès l'origine, il a été Père et Juge, Famille et Loi, sa pratique médicale ne faisant bien longtemps que commenter les vieux rites de l'Ordre, de l'Autorité et du Châtiment. Et Pinel reconnaît bien que le médecin guérit lorsque, hors des thérapeutiques modernes, il met en jeu ces figures immémoriales. (...)

Le personnage médical selon Pinel devait agir, non pas à partir d'une définition objective de la maladie ou d'un certain diagnostic classificateur, mais en s'appuyant sur ces prestiges où sont enclous les secrets de la Famille, de l'Autorité, de la Punition et de l'Amour ; c'est en faisant jouer ces prestiges, en prenant le masque du Père et du Justicier, que le médecin, par un de ces brusques raccourcis qui laissent de côté sa compétence médicale, devient l'opérateur presque magique de la guérison, et prend figure de thaumaturge ; il suffit qu'il regarde



et qu'il parle, pour que les fautes secrètes apparaissent, pour que les présomptions insensées s'évanouissent, et que la folie finalement s'ordonne à la raison. Sa présence et sa parole sont douées de ce pouvoir de désaliénation, qui d'un coup découvre la faute et restaure l'ordre de la morale.

C'est un curieux paradoxe de voir la pratique médicale entrer dans ce domaine incertain de quasi-miracle au moment où la connaissance de la maladie mentale essaie de prendre un sens de positivité. D'un côté la folie se met à distance dans un champ objectif où disparaissent les menaces de la déraison ; mais en ce même instant le fou tend à former avec le médecin, et dans une unité sans partage, une sorte de couple, où la complicité se noue par de très vieilles appartenances. La vie asilaire telle que Tuke et Pinel l'ont constituée a permis la naissance de cette structure fine qui va être la cellule essentielle de la folie — structure qui forme comme un microcosme où sont symbolisées les grandes structures massives de la société bourgeoise et de ses valeurs : rapports Famille-Enfants, autour du thème de l'autorité paternelle ; rapports Faute-Châtiment, autour du thème de la justice immédiate ; rapports Folie-Désordre, autour du thème de l'ordre social et moral. C'est de là que le médecin détient son pouvoir de guérison ; et c'est dans la mesure où par tant de vieilles attaches le malade se trouve déjà aliéné dans le médecin, à l'intérieur du couple médecin-malade, que le médecin a le pouvoir presque miraculeux de le guérir.



Au temps de Pinel et de Tuke, ce pouvoir n'avait rien d'extraordinaire ; il s'expliquait et se démontrait dans la seule efficacité des conduites morales ; il n'était pas plus mystérieux que le pouvoir du médecin du XVIIIe siècle lorsqu'il diluait les fluides ou détendait les fibres. Mais très vite le sens de cette pratique morale a échappé au médecin, dans la mesure même où il enferma son savoir dans les normes du positivisme : dès le début du XIXe siècle, le psychiatre ne savait plus très bien quelle était la nature du pouvoir qu'il avait hérité des grands réformateurs, et dont l'efficace lui paraissait si étrangère à l'idée qu'il se faisait de la maladie mentale, et à la pratique de tous les autres médecins.

Cette pratique psychiatrique épaissie en son mystère, et rendue obscure à ceux-là mêmes qui l'utilisaient, est pour beaucoup dans la situation étrange du fou à l'intérieur du monde médical. D'abord, parce que la médecine de l'esprit, pour la première fois dans l'histoire de la science occidentale, va prendre une autonomie presque complète : depuis les Grecs, elle n'était qu'un chapitre de la médecine, et nous avons vu Willis étudier les folies sous la rubrique des « maladies de la tête » ; après Pinel et Tuke, la psychiatrie va devenir une médecine d'un style particulier : les plus acharnés à découvrir l'origine de la folie dans les causes organiques ou dans les dispositions héréditaires n'échapperont pas à ce style. Ils y échapperont même d'autant moins que ce style particulier – avec la mise en jeu de pouvoirs moraux de plus en plus obscurs – sera à l'origine d'une sorte de mauvaise conscience ; ils s'enfermeront d'autant plus dans le positivisme qu'ils sentiront leur pratique y échapper davantage.

A mesure que le positivisme s'impose à la médecine et à la psychiatrie singulièrement, cette pratique devient plus obscure, le pouvoir du psychiatre plus miraculeux, et le couple médecin-malade s'enfonce davantage dans un monde étrange. Aux yeux du malade, le médecin devient thaumaturge ; l'autorité qu'il empruntait à l'ordre, à la morale, à la famille. il semble la détenir maintenant de lui-même ; c'est en tant qu'il est médecin qu'on le croit chargé de ces pouvoirs, et tandis que Pinel, avec Tuke, soulignait bien que son action morale n'était pas liée nécessairement à une compétence scientifique, on croira, et le malade le premier, que c'est dans l'ésotérisme de son savoir, dans quelque secret, presque démoniaque, de la connaissance, qu'il a trouvé le pouvoir de dénouer les aliénations ; et de plus en plus le malade acceptera cet abandon entre les mains d'un médecin à la fois divin et satanique, hors de mesure humaine en tout cas ; de plus en plus il s'aliénera en lui, acceptant d'un bloc et à l'avance tous ses prestiges, se soumettant d'entrée de jeu à une volonté qu'il éprouve comme magique, et à une science qu'il suppose prescience et divination, devenant ainsi au bout du compte le corrélatif idéal et parfait de ces pouvoirs qu'il projette sur le médecin, pur objet sans autre résistance que son inertie, tout prêt à être précisément cette hystérique dans laquelle Charcot exaltait la merveilleuse puissance du médecin. Si on voulait analyser les structures profondes de l'objectivité dans la connaissance et dans la pratique psychiatrique au XIXe siècle, de Pinel à Freud¹, il faudrait justement montrer que cette objectivité est dès l'origine une chosification d'ordre magique, qui n'a pu s'accomplir qu'avec la complicité du malade lui-même et à partir d'une pratique morale transparente et claire au départ, mais peu à peu oubliée à mesure que le positivisme imposait ses mythes de l'objectivité scientifique ; pratique oubliée dans ses origines et son sens, mais toujours utilisée et toujours présente. Ce qu'on appelle la pratique psychiatrique, c'est une certaine tactique morale, contemporaine de la fin du XVIIIe siècle, conservée dans les rites de la vie asilaire, et recouverte par les mythes du positivisme.

Mais si le médecin devient vite thaumaturge pour le malade, à ses propres yeux de médecin positiviste, il ne peut l'être. Ce pouvoir obscur dont il ne connaît plus l'origine, où il ne peut pas déchiffrer la complicité du malade, et où il ne consentirait pas à reconnaître les anciennes puissances dont il est fait, il faut qu'il lui donne un statut ; et puisque rien dans la connaissance positive ne peut justifier un pareil transfert de volonté, ou de semblables opérations à distance, le moment viendra vite où la folie sera tenue elle-même pour responsable de ces anomalies. Ces guérisons sans support, et dont il faut bien reconnaître qu'elles ne sont pas de fausses guérisons, deviendront les vraies guérisons de fausses maladies. La folie n'était pas ce qu'on croyait ni ce qu'elle prétendait être ; elle était infiniment moins

1. Ces structures persistent toujours dans la psychiatrie non psychanalytique, et par bien des côtés encore dans la psychanalyse elle-même.

qu'elle-même : un ensemble de persuasion et de mystification. On voit se dessiner ce qui sera le pithiatisme de Babinski. Et par un étrange retour, la pensée remonte près de deux siècles en arrière à l'époque où entre folie, fausse folie, et simulation de folie, la limite était mal établie – une même appartenance confuse à la faute leur tenant lieu d'unité ; et, bien plus loin encore, la pensée médicale opère finalement une assimilation devant laquelle avait hésité toute la pensée occidentale depuis la médecine grecque : l'assimilation de la folie et de la folie – c'est-à-dire du concept médical et du concept critique de la folie. A la fin du XIXe siècle, et dans la pensée des contemporains de Babinski, on trouve ce prodigieux postulat, qu'aucune médecine n'avait encore osé formuler : que la folie, après tout, n'est que folie.

Ainsi, tandis que le malade mental est entièrement aliéné dans la personne réelle de son médecin, le médecin dissipe la réalité de la maladie mentale dans le concept critique de folie. De telle sorte qu'il ne reste plus, en dehors des formes vides de la pensée positiviste, qu'une seule réalité concrète : le couple médecin-malade en qui se résument, se nouent et se dénouent toutes les aliénations. Et c'est dans cette mesure que toute la psychiatrie du XIXe siècle converge réellement vers Freud, le premier qui ait accepté dans son sérieux la réalité du couple médecin-malade, qui ait consenti à n'en détacher ni ses regards ni sa recherche, qui n'ait pas cherché à la masquer dans une théorie psychiatrique tant bien que mal harmonisée au reste de la connaissance médicale ; le premier qui en ait suivi en toute rigueur les conséquences. Freud a démythifié toutes les autres structures asilaires : il a aboli le silence et le regard, il a effacé la reconnaissance de la folie par elle-même dans le miroir de son propre spectacle, il fait taire les instances de la condamnation. Mais il a exploité en revanche la structure qui enveloppe le personnage médical ; il a amplifié ses vertus de thaumaturge, préparant à sa toute-puissance un statut quasi divin. Il a reporté sur lui, sur cette seule présence, esquivée derrière le malade et au-dessus de lui, en une absence qui est aussi présence totale, tous les pouvoirs qui s'étaient trouvés répartis dans l'existence collective de l'asile ; il en a fait le regard absolu, le Silence pur et toujours retenu, le Juge qui punit et récompense dans un jugement qui ne condescend même pas jusqu'au langage ; il en a fait le miroir dans lequel la folie, dans un mouvement presque immobile, s'éprend et se dépren d'elle-même.

Vers le médecin, Freud a fait glisser toutes les structures que Pinel et Tuke avaient aménagées dans l'internement. Il a bien délivré le malade de cette existence asilaire dans laquelle l'avaient aliéné ses « libérateurs » ; mais il ne l'a pas délivré de ce qu'il y avait d'essentiel dans cette existence ; il en a regroupé les pouvoirs, les a tendus au maximum, en les nouant entre les mains du médecin ; il a créé la situation psychanalytique, où, par un court-circuit génial, l'aliénation devient désaliénante, parce que, dans le médecin, elle devient sujet.

Le médecin, en tant que figure aliénante, reste la clef de la psychanalyse. C'est peut-être parce qu'elle n'a pas supprimé cette structure ultime, et qu'elle y a ramené toutes les autres, que la psychanalyse ne peut pas, ne pourra pas entendre les voix de la déraison, ni déchiffrer pour eux-mêmes les signes de l'insensé. La psychanalyse peut dénouer quelques-unes des formes de la folie ; elle demeure étrangère au travail souverain de la déraison. Elle ne peut ni libérer ni transcrire, à plus forte raison expliquer ce qu'il y a d'essentiel dans ce labeur.

Depuis la fin du XVIIIe siècle, la vie de la déraison ne se manifeste plus que dans la fulguration d'œuvres comme celles de Hölderlin, de Nerval, de Nietzsche ou d'Artaud, – indéfiniment irréductibles à ces aliénations qui guérissent, résistant par leur force propre à ce gigantesque emprisonnement moral, qu'on a l'habitude d'appeler, par antiphrase sans doute, la libération des aliénés par Pinel et par Tuke. (Michel Foucault, *Histoire de la Folie*, Gallimard 1972, chap. IV « Naissance de l'asile »).

Le savoir médical, c'est rien du tout

Torrubia : il y a un savoir médical psychiatrique, mais il n'y a rien dedans ! Mettons par exemple mon savoir psychothérapeutique : il y a de quoi se marrer. Si on pouvait se raconter vraiment comment chacun de nous fait ses histoires analytiques ! Quand j'ai commencé à faire des analyses, je me demandais tout le temps ce que mon analyste pourrait penser ou dire. Au cours de ma propre analyse, il n'a jamais été foutu de rien dire, grâce à Dieu ! Mais je me demandais quand même ce qu'il dirait à ma place ! Ou alors Freud ! Dans quel casier de la théorie freudienne pouvait s'inscrire ce que j'entendais ? Tant que j'écoutais avec les oreilles des autres, je n'entendais rien. C'est à partir du moment où j'ai fait fonctionner ma cervelle, la mienne, et mes oreilles, que j'ai commencé à avoir une certaine (une certaine parce qu'il ne faut pas pousser !) authenticité dans mon écoute du discours de l'autre, que j'ai pu entendre quelque chose. Avec le savoir médical, c'est pareil ; et même le plus médical possible. N'importe qui peut accéder où je suis : ça n'est rien d'autre qu'oublier toutes les conneries. Il y a quand même quelque chose qu'il faudrait discuter sur la culture ; ce n'est peut-être pas si inutile qu'on le dit, mais c'est un autre problème.

C'est la même chose pour la thérapeutique biologique, les médicaments par exemple. Il n'y a rien du tout là dedans. Tu m'entends ? Rien. Tout ce que je sais sur l'utilisation des médicaments vient de mon expérience personnelle et de quatre conneries que j'ai lues sur des brochures. Pour l'anafranil, par exemple, j'ai lu : « indiqué pour les états dépressifs », avec une formule chimique à quoi je n'ai jamais rien compris ; d'ailleurs, il n'y a aucune liaison pratique entre une grosse formule comme ça et ce que tu fais avec. Il faut savoir que ça peut provoquer de l'hypotension : très bien ; alors il faut surveiller la tension. Avec les vieillards ou les cardiaques, il faut faire gaffe ? Alors, faisons gaffe. Tu lis comme ça deux pages sur les brochures qu'on te donne : « Molécules chimiques » ? tu laisses ça pour les savants. « Essais pharmacologiques » ? c'est une lapine qui a servi de cobaye ? Très bien, très bien. A la fin tu lis « indications » : Ah ! « Mélancolie franche » : ça marche très bien. Quatre croix. « Dépression atypique » : une petite croix. Tiens, ça va moins bien. « Schizophrénie » : ah ! parfois, dans certains cas. Très bien. « Hypomanie : contre-indiqué » : ah bon, il ne faut pas s'en servir pour l'hypomanie. Bien sûr, j'en rajoute et je caricature, mais si peu ! Voilà où on en est : c'est ce type de lecture, et ensuite l'expérience. Je commence à donner de l'anafranil et je vois ce que ça donne. Et je dis aux infirmiers : « Prenez la tension, hein ? Est-ce qu'Untel a eu un infarctus ? ». Si j'ai des doutes, allez, hop, électrocardiogramme. Réponse : pas de contre-indication. Très bien, on lui en donne. Vraiment, ce que j'ai à savoir, c'est au départ très peu de choses, mais alors très peu, à la portée de n'importe qui. Et ensuite, l'expérience. Beaucoup d'infirmiers en ont. Je pourrais leur signer des ordonnances en blanc pour qu'ils puissent prendre sur place des décisions qui parfois s'imposent avec urgence, et aussi pour que le malade ne considère pas

l'infirmier comme un sous-produit médical. Mais va faire comprendre ça à des gens qui ne comprennent rien à nos problèmes ! Donc, je ne le fais pas, pour éviter des tas de tuiles qui pourraient me tomber sur le crâne !

Il m'est arrivé de me tromper dans ma vie. Une fois, j'ai foutu « centigramme » au lieu de « milligramme », comme ça, parce que la virgule était mal placée, et le pharmacien m'a dit : eh, docteur, vous dites bien « centigramme » ? parce qu'à cette dose-là, c'est toxique ! Ah, pardon, non, mettez « milligramme » ! Et je me dis que si un jour un infirmier se trompe, ça ira au Conseil de l'Ordre : quel merdier ! Autrement, et comment que je le ferais ! L'infirmier, s'il est amené à donner de l'anafranil, il lira le prospectus avec le même profit que moi. Autrement il ne le lira pas, parce que ça ne lui sert à rien, s'il doit à chaque fois demander au médecin ! Donc, vraiment, le savoir médical, c'est rien du tout. N'importe quel infirmier pourrait prescrire exactement comme moi, et s'il a des doutes, il fera comme moi : il demandera conseil. Je n'ai pas dit qu'il ne faut rien savoir, parce que si tu donnes de l'anafranil à un type qui a un coeur mal foutu, tu as un certain nombre de chances de le foutre en l'air. Mais je dis que le savoir qu'il faut avoir, c'est vraiment à la portée de la population. Il faut quand même « savoir », mais je dis qu'il ne faut pas des technocrates pour autant.

