

Vous pouvez nous faire
aussi l'hôpital en or,
nous resterons à
jamais des ennemis :
vous restez celui qui
est bien portant, moi
celui qui est malade.

Antipsychiatrie

La liberté est thérapeutique

Histoire et théorie



La maladie et le handicap sont aujourd'hui vu comme des réalités objectives. Malades et handicapé.e.s comme ceux et celles qui n'ont pas les capacités adéquates à la vie, sans que la norme sociale réglementant la vie ne soit remise en question. Il est toutefois assez simple de critiquer ce point de vue et prendre les réalités des dits malades et handicapés comme un fait sans essence pur, mais comme subjectivité de nos capacités intérieures vis à vis de nos conditions de vie au sein d'une société donnée. Les « maladies » ne sont donc pas des vérités immuables et clivées mais des réalités propres à chaque individu par rapport à leurs situations. Chez l'être humain, peut-être même chez tous les animaux, personne n'est apte à vivre seul tout au long de sa vie, même un quelconque ermite utilise un savoir collectif appris précédemment, ou un animal solitaire ne sera pas abandonné à la naissance. Et personne ne dira d'un bébé animal qu'il est malade ou handicapé car inapte à survivre seul. C'est donc l'organisation sociale qui permet la survie de tous. Les maladies et handicaps n'ont aucun sens à être analysés comme une catégorisation de réalités objectives, mais doivent être pris comme des caractéristiques continues et relatives. Une personne ne pouvant pas parler n'est malade que dans une société de parole et handicapé que par rapport aux autres personnes auquel il a à faire dans ce système.

Le système capitaliste libéral a besoin de cette classification, et du validisme, pour fonctionner et ainsi justifier l'individu central dans sa théorie, l'individu autonome et rationnel. Notre position sociale étant donc la conséquence de notre autonomie et de notre rationalité. Cela justifie aussi la raison pour laquelle nous ne pourrions pas changer de groupe. Donneriez-vous les rênes à une personne ne pouvant pas s'occuper d'elle, et étant incapable de réfléchir ? Il est donc profitable à tous le monde que les personnes les moins aptes aient le moins de pouvoir. Le mythe organisationnel du capitalisme libéral a donc besoin d'une objectivité sur la maladie et le handicap, car si ceux-ci dépendent de l'organisation sociale, son fondement est remis en cause. L'organisation sociale est responsable de la non-autonomie et de la non-rationalité des individus. L'aptitude ne dépend pas de l'individu mais de son environnement, la concurrence serait biaisée dès le départ, or celle-ci doit être idéalement équitable pour être effective.

PSYCHIATRIE, LA PEUR CHANGE DE CAMP

Un silence incroyable, véritablement scandaleux, règne sur l'ensemble de l'appareil asilaire. Un silence sans comparaison possible avec celui qui est imposé aux autres institutions totalitaires de la société capitaliste. La répression quotidienne s'abat sur les malades d'abord, mais sur le travailleur de la santé aussi. Un filtrage systématique est imposé à toutes les informations qui peuvent sortir de ses murs. Une image mensongère, rassurante ou au contraire exploitant le pire sensationnalisme est diffusée dans la grande presse comme à la T.V.

<http://www.zinzine.net/zinotheque.html>

LA FORME-SUJET RATIONALISTE-VALIDISTE. L'ASSIGNATION AU "HANDICAP" DANS LA MODERNITÉ CAPITALISTE

Benoit Bohy-Bunel

De façon spécifique, le validisme, dit aussi « capacitisme », est une forme de domination impersonnelle que les personnes assignées à un « handicap » (physique ou psychique, visible ou invisible) subissent. Le système social validiste moderne définira une norme sociale fortement excluante : l'individu « normal », ou normé, sera l'individu « capable », « compétent », « formé », ou « rationnel ».

<http://benoitbohybunel.over-blog.com/2018/01/la-dissociation-rationaliste-validiste-de-la-valeur-l-assignation-au-handicap-dans-la-modernite-capitaliste.html>

DISTROZINZO

Ce site a pour but de mettre en avant des outils pratiques, des analyses, des témoignages, et aussi des coups de gueule autour de la santé mentale.

<https://distrozinzo.net>

POUR ALLER PLUS LOIN

MAD WORLD

Trouble

La santé mentale dans toute sa complexité est un thème qui touche à peu près tout le monde... et pourtant on en parle rarement. Le validisme, enraciné dans un supposé bien-être mental, est répandu même dans les communautés qui luttent contre d'autres normes sociales oppressives comme l'hétéro-patriarcat et le racisme institutionnalisé.

<https://sub.media/video/trouble-17-mad-worlds/>

À CLAIR VOIE

Cette brochure est née, si l'on peut dire, de la rencontre de trois personnes, autour d'un événement quelque peu questionnant pour chacun(e), chacun(e) de leurs points de vue et de leurs expériences de vie.

https://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20171010/ob_213bc2_aclai-revoie042012.pdf

ZINZIN ZINE

Zinzin Zine est un blog participatif qui vise à diffuser des outils théoriques et pratiques pour lutter contre le système psychiatrique et la psychophobie, par soi-même ou à plusieurs.

Les moyens de répondre au déviance ne sont donc pas différents pour ce cas que pour d'autre, l'exclusion et l'enfermement est utilisé. La seule différence qui peut être notée, est aujourd'hui, l'évaluation plus présente dans le monde psychiatrique que dans les prisons. Le malade doit être éduqué longuement pour intégrer la société, alors que le prisonnier doit s'éduquer seul et montrer sa bonne conduite pour intégrer la société. Il y a donc une norme à laquelle se soumettre, des outils sont créés pour faire rentrer dans cette norme et la réussite du psychiatrisé dépend de sa réussite face à l'outil. Si aucun outil ne marche, le psychiatrisé est un cas désespéré. Ce type de fonctionnement a tendance à renvoyer le problème vers l'individu plutôt que vers l'outil lui-même ou l'organisation sociale ayant créé l'outil.

Les solutions ne sont donc pas individuelles, mais résident dans l'organisation collective pouvant répondre à des besoins spécifiques, besoins différents pour tous mais existant chez tout le monde. Le capitalisme libéral a donc fait le choix de ne pas traiter certains besoins dans son but d'accumulation de capital privé devant améliorer le niveau de vie collectif. Dans une perspective émancipatrice, les réalités individuelles doivent être acceptées comme telles, et les outils, vu comme moyen de rapport à l'autre et au milieu, doivent donc être orientés vers les besoins de l'individu et non les besoins sociaux. Les catégories doivent permettre de savoir ce qui à marcher selon ce que recherche l'individu et non selon sa condition dans une société donnée.

Les articles présentés dans cette brochure, posent des bases théoriques sur les points cités ici. Pour compléter cela, une rapide histoire, sans valeur scientifique, de la psychiatrie terminera l'introduction, pour poser le contexte français de l'apparition de cette forme de médecine.

RAPIDE HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

De l'antiquité à la renaissance, ce qu'on appelle aujourd'hui maladie est assimilée au divin sous deux formes, les péchés et les possessions démoniques, même si des savoirs scientifiques peuvent exister comme la théorie humorale d'Hippocrate, et cela peut varier dans le temps. Les traitements médicaux sont globalement physiques (saignées, purges, bains). Les 17^e et 18^e siècles sont quant à eux un début d'institutionnalisation, plusieurs types de structures sont créés, tantôt publics, religieux ou privés. Ces centres fermeront ensuite petit à petit pour laisser la place à d'autres structures.

À partir du 19e siècle, l'aliénisme comme théorie médicale commence à s'imposer, les 1er asiles sont créés et la classification des maladies débute. La loi de 1838, qui ne sera réformé quand 1990, est la première loi d'assistance et de sûreté générale et spécifique, elle sert à protéger la société des aliénés, adoucir leur maux et les guérir. Une critique de la séquestration commence à se faire entendre et la remise en cause de l'unicité de la maladie fait passer de l'idée d'aliénation mentale, à celle de maladies mentales.

Au 20e siècle, les asiles continuent à ouvrir alors que la psychiatrie « hors les murs » apparaît, ainsi que les thérapies dites spécifiques et efficaces. La psychanalyse apparaît avec l'idée que les maladies viennent d'un subconscient refoulé. Après la domination par la psychanalyse, d'autre traitement apparaissent tel que les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies systémiques et la psychothérapie institutionnelle.

travail intellectuel et travail « non-intellectuel ».

Le behaviorisme, le cognitivisme, à leur tour, ne sauraient être « intégrés » à une approche de soin non-identique et multidimensionnelle sans être formellement abolis en tant que tels, c'est-à-dire en tant que structures du contrôle indissociables d'une division classiste, raciste, patriarcale, validiste, anthropocentriste et âgiste des activités humaines. Leur réappropriation supposerait leur abolition en tant que sciences formelles séparées, même si une telle réappropriation dialectique, finalement, pourrait signifier une

forme d'émancipation au moins relative. Dans une stratégie de lutte révolutionnaire, par exemple, on peut imaginer qu'un certain « hacking révolutionnaire », au sens large et au sens restreint, pourrait se réapproprier de tels outils formels, en vue de blocages et sabotages tactiques et ciblés. De telles luttes auraient rendus visibles par le fait la potentialité émancipatrice de ces outils formels détournés, et rendraient possible, éventuellement, leur appropriation émancipatrice détournée dans la société future moins morbide qu'ils favoriseraient.

sant l'intégration, ou la conservation de soi et du monde, et promouvant la transformation résolue de soi et du monde. Un tel « hacking clinique », se réappropriant les ordres « intégratifs » du soin pour s'insérer dans une lutte venant abolir son caractère formel et mutilant, est possible dans la mesure où précisément, cet ordre social est structurellement auto-contradictoire et auto-destructeur (il peut même donner des « armes » à celles et ceux qui viendront l'abolir).

Dans un monde futur moins désastreux, s'étant libéré des injonctions unidimensionnelles propres à la catégorie du travail abstrait, un soin multidimensionnel et complexe, attentif à l'écart entre la souffrance vécue et les évaluations du soignant, attentif à la manière dont la souffrance vécue accuse également les violences d'un monde imparfait, pourra se développer qualitativement, et des « guérisons » ou « rémissions » au moins relatives, même selon les perspectives « rationnelles » de la clinique moderne (préhistorique), pourront certainement être d'autant plus durables et d'autant plus profondes (on pourra tenter de cerner la racine même de la souffrance, pour tenter de la saisir davantage).

Concernant les pathologies plus explicitement « neurologiques » ou « organiques », comme la sclérose en plaque, la

maladie de Parkinson, ou la maladie d'Alzheimer, le dépassement du schème biomédical localisant et unidimensionnel ne menacerait pas les guérisons, mais ouvrirait le champ des guérisons. Dans un contexte non réducteur et non productiviste, les avancées formelles des neurosciences pourraient même être intégrées à un soin multidimensionnel (non ethnocentrique, également). Mais cette démarche intégrative du soin, précisément, ne pourra montrer toutes ses potentialités bienfaitrices, même en ce qui concerne des souffrances graves et organiques, que lorsque la division fonctionnelle capitaliste des activités humaines sera strictement abolie.

Il en va de même en ce qui concerne les neurosciences sociales, comportementales, affectives, ou la neurolinguistique. Leur dimension encore réductrice et formelle vise une intégration effrayante dans le système du productivisme désastreux. L'affirmation de leur non-identité avec les vécus éprouvés, et leur insertion dans des champs du soin multidimensionnels, pour qu'elles soient finalement émancipatrices, vers une société future moins désastreuse, devraient aussi induire l'abolition stricte de leur racine autoritaire et gestionnaire. Cela suppose l'abolition de la division capitaliste assignante entre

SOMMAIRE

**UNE COURTE HISTOIRE DU VALIDISME
DSM et catégories cliniques**
Benoit Bohy-Bunel

P6

**L'ANTIPSYCHIATRIE ... OU LES
ANTIPSYCHIATRIES ?**
*Retour historique sur un mouvement
protéiforme*
Romain du groupe sanguin de la FA

P14

OUBLIER L'ANTIPSYCHIATRIE ?
Pierangelo Di Vittorio

P19

QU'EST CE QUE LA NEUROATYPIE
Anonyme

P31

**AUTISME : LE DANGER DE LA
NEURODIVERSITÉ**
Jonathan Mitchell

P41

**LA FORME SUJET RATIONALISTE -
VALIDISTE**
*L'assignation au "handicap"
dans la modernité capitaliste*
Benoit Bohy-Bunel

P45

DSM et catégories cliniques

Écrit par Benoît Bohy-Bunel

Le validisme structurel de la société capitaliste s'appuie sur une médicalisation des souffrances psychiques des individus et développe de nombreux discours « scientifiques » pour justifier sa domination sur les personnes handicapées. Il importe d'analyser les catégories cliniques qu'a mises en place la psychiatrie afin de les resituer historiquement et socialement et de comprendre l'usage qui en est fait par le système validiste.

L'idéologie bourgeoise doit nier le caractère socialement construit des souffrances et « déficiences » des personnes handicapées. Elle doit nier le fait que les personnes ayant une sensibilité particulière sont invalidées, puis souffrantes, essentiellement à cause d'un facteur environnemental chaotique et délirant, en rien naturel et indépassable, et qui n'est rien d'autre que le social tel qu'il est synthétisé par la valeur et le travail abstrait. Autrement dit, l'idéologie bourgeoise doit nier un fait essentiel, tout simplement pour maintenir et consolider la société bourgeoise en tant que telle : elle doit nier le fait que les troubles dits « psychiatriques » développés par les individus accusent avant tout une société morbide, sa démente, son sadisme et son fétichisme aberrants, mais aussi le fait que ces souffrances annoncent avant toute chose la vérité élémentaire selon laquelle leur abolition doit supposer, non pas simplement des soins individualisés, mais aussi l'abolition de tout l'ordre social moderne totalitaire.

Une souffrance, lorsqu'elle apparaît, appelle l'abolition de la souffrance. L'ordre médical et social s'engage à abolir la souffrance. Mais le trouble dit « psychiatrique » est une souffrance qui devra interpellier cet ordre médical, puis finalement tout l'ordre social, de façon très radicale : il devient très explicite, lorsqu'on

localisant « biologiquement » et « mécaniquement » la « source » du mal-être, ne pourront plus apercevoir le caractère globalement empoisonnant du monde social et humain, favorisant un mal-être global. Ils ne pourront reconnaître, donc, la nécessité de transformer radicalement ce monde, ni le caractère désastreux de l'acte qui consiste à simplement « réinsérer » « le malade » dans l'ordre productif morbide.

Ce caractère réducteur et mutilant des neurosciences est assez visible lorsqu'on se penche sur l'usage des médicaments chimiques dans le cadre psychiatrique. De tels médicaments peuvent être issus de recherches neuroscientifiques précises et rigoureuses. Dans certains cas de « bons diagnostics », ces médicaments paraissent nécessaires, et ils peuvent faire cesser effectivement de graves troubles et de graves souffrances psychiques. Les patients ainsi « stabilisés » pourront même, éventuellement, se « réinsérer » dans le salariat, et être « réintroduits » dans une vie sociale « normale ». On ne saurait minimiser ici les soulagements produits. Néanmoins, la souffrance psychique n'engage pas qu'un « dysfonctionnement » mécanique ou chimique localisé dans le cerveau. Ce « dérèglement » mécanique n'est encore qu'une pantomime, qu'un effet superficiel, exprimant une qualité inextensive

complexe, qui enveloppe la totalité irréductible du monde et de l'existence vécue. Si la souffrance immédiate, qui invalide « productivement » le sujet « malade », disparaît avec les médicaments, une très large dimension de la souffrance, qui renvoie à la mémoire intégrale et créative du vivant, non saisissable scientifiquement, ne peut que perdurer. Des « thérapies par la parole », moins réifiantes, quoique toujours assignantes, peuvent orienter un soin moins unidimensionnel. Mais si le « patient » se re-connecte finalement à la complexité globale de ce qui l'a rendu souffrant, il parvient finalement à accuser la violence destructrice de ce monde. Il peut devenir finalement transformateur, sommant le monde de s'adapter à sa sensibilité exacerbée, et non plus simplement soucieux de se « ré-adapter » à un tel monde malade. Les méthodes cliniques unidimensionnelles, accompagnant le développement de la logique du travail abstrait, empêchent toujours plus ces transformations possibles, en tentant au contraire d'intégrer à nouveau le dit « pathologique » dans un ordre malsain, pour que son potentiel créatif s'évanouisse. Néanmoins, assez paradoxalement, on peut voir aussi certaines situations dans lesquelles « le malade » se réappropriera le « soin » insuffisant « permis » par ces méthodes formelles, pour retrouver la capacité créative refu-

quelque chose de « sensé » et de « sain », et que cette « maladie » relative qu'elle enveloppe peut aussi dénoncer cette violence et ce délire de telle sorte que serait souhaitable non pas simplement l'abolition de cette « maladie » individuelle, mais bien la transformation effective et raisonnable du monde qui a rendu possible l'émergence de cette « maladie ».

A la suite de ces remarques relativisant les notions de « normal » et de « pathologique », on constate que les développements tardifs d'une « neuroscience » unidimensionnelle ne favorisent pas la prise en charge de ces complexités vécues. D'abord, la réduction d'une souffrance qui engage tout le corps et tout le psychisme à un « dysfonctionnement » visible et mécanique situé dans le cerveau peut tendre à évacuer la question d'un soin multidimensionnel et complet. Le médicament chimique qui ciblera ces dysfonctionnements mécaniques cérébraux, physico-chimiques, diminuera des souffrances directement conscientes, mais ne prendra pas en charge la totalité subjective, complexe et inextensive de la personne humaine, et de son monde. L'écart entre le point de vue quantitatif médical et la souffrance subjectivement vécue tend à être toujours plus nié, au fil du développement d'un réductionnisme d'abord théorique, puis toujours plus pratique. Les

développements de type « neuroscientifique », au même titre que tout développement clinique ou scientifique toujours plus spécialisé, ne favorisent pas un soin attentif à tous les aspects qualitatifs, affectifs, éthiques, nutritionnels de la personne. De façon cynique, on pourrait dire que, s'ils « produisent » finalement des guérisons ou « réintégrations » dans l'ordre social, c'est dans la mesure où ils auront simplement « réparé » les « capacités » mécaniques qui ont une « validité » simplement « productive ». Mais c'est pourtant la totalité subjective et mondaine, inextensive, qui aura été affectée par la souffrance, si bien qu'une multiplicité de dimensions souffrantes perdureront, par-delà le réagencement « mécanique » et la « re-validation » de facultés « dysfonctionnelles » localisées.

Finalement, dans ce contexte unidimensionnel et spécialisé, le soignant, tout comme l'ordre social et légal « gérant » « le malade », tendront à définir une « maladie » en soi, à définir un ordre « normal » et un ordre « pathologique » objectifs, sans pouvoir reconnaître que la souffrance vécue découle aussi d'une métabolisation du corps et du psychisme avec un monde fondamentalement désordonné, éventuellement malsain et délirant. Ces ordres cliniques, légaux, sociaux,

est confronté à cette souffrance individuelle spécifique, que seule la transformation radicale, et collective, de l'existant social, pourra la supprimer au sens strict. Tout ordre médical qui ne s'engagerait pas dans cette transformation révolutionnaire s'auto-contredirait (il affirmerait soigner cette souffrance, dans le même temps où il refuserait d'employer les moyens nécessaires pour la soigner, puis la supprimer). Parce que l'ordre médical bourgeois ne tient bien sûr pas du tout ce genre d'engagements révolutionnaires, il devra être accusé continuellement par cette souffrance qui exhibe son impuissance, son hypocrisie et sa duplicité. Cette dimension plus que subversive des troubles dits « psychiatriques », aptes à dévoiler par le fait la totale auto-contraction des systèmes cliniques et sociaux bourgeois, explique aussi peut-être, au moins en partie, pourquoi les « fous » furent aussi violemment réprimés, ou exclus, voire supprimés, au cours de la modernité capitaliste.

Le soin psychiatrique, comme soin déterminé par l'idéologie naturaliste bourgeoise, dispose d'outils, de moyens et de finalités qui sont structurellement marqués par le souci de masquer la dimension socialement construite des troubles ou des « déficiences » mentales, et par le souci de ramener ces troubles à des facteurs objectifs, organiques, physiologiques, chimiques, biologiques etc.

L'usage unidimensionnel et finalement réductionniste de la génétique, de la neurologie, puis de la psychopharmacologie, dans le champ psychiatrique, accompagne et favorise ces orientations. L'isolement physique des patients, dans les institutions spécialisées, est redoublé par une façon de déconnecter leur mal-être de la complexité sociale qui l'a pourtant favorisé, et cette déconnexion clinique se concentre très concrètement dans les diagnostics ou traitements chimiques médicaux qui cristallisent les théories naturalistes du cerveau, du comportement statistique, des gènes, etc.

Si l'on s'intéresse maintenant à l'évolution des catégories officielles (et « internationales ») du soin psychiatrique, on pourra définir une certaine périodisation, en ce qui concerne le développement de la dissociation rationaliste-validiste de la valeur. La valeur en évolution induit une évolution déterminée de cette dissociation spécifique de la valeur.

Dès 1952, corrélativement aux premiers développements psychopharmacologiques, un ouvrage de diagnostics officiels des troubles mentaux, est publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA) : le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Le projet est lié au chapitre 5 de la Classification internationale des maladies, diffusée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1949. C'est ainsi que le DSM, d'abord états-unien, pourra s'internationaliser progressivement, imposant des critères unidimensionnels et nivelants du soin à toujours plus de pays (dans le même temps où les conditions de la réification sociale, et les synthèses sociales marchandes tendent à s'homogénéiser partout dans le monde).

Jusqu'à aujourd'hui, cinq ouvrages du DSM ont été publiés.

Les DSM I (1952) et II (1968) sont fortement influencés par la psychanalyse, et reprennent la distinction freudienne entre névrose et psychose (l'une et l'autre seraient des exagérations pathologiques d'un état normal). Essentiellement, c'est une dynamique de l'intensité des troubles qui est proposée. Le DSM II postulera, conformément à l'homophobie structurelle de la société bourgeoise de son temps, à la fois assignante et encadrante, que l'homosexualité serait un trouble pathologique. En 1974, l'APA retire cette mention homophobe des manuels, sous la pression de manifestations de défenseurs de la cause homosexuelle.

Le DSM III, en 1980, marque une rupture. Le psychiatre états-unien Robert Spitzler, à l'origine du DSM III, développe une classification des troubles mentaux comportementaliste et biomédicale, se voulant athéorique, apolitique, neutre et objective. La psychanalyse est abandonnée, et les critères quantitatifs, censés garantir la fiabilité des diagnostics, sont favorisés. Ces évolutions cliniques sont corrélatives à l'émergence de l'ère dite « néolibérale », qui tend à responsabiliser et à atomiser toujours davantage les individus, sur le plan de la consommation ou du travail, mais aussi sur le plan médical. Le naturalisme et l'objectivisme idéologiques se durcissent, dans le même temps où les prises en charges keynésiennes étatiques se dissolvent, et dans le même temps où les luttes collectives émancipatrices s'amenuisent. La tendance à nier toute dimension sociale des troubles

productivité sociale. Ces soins et intégrations, et même ces suppressions de la souffrance, devront reposer structurellement sur la négation productiviste des qualités singulières subjectives, au profit d'un principe d'objectivation déconcrétisante et de spatialisation réifiante.

Par exemple, on pourrait s'appuyer sur les propositions générales et structurelles de Canguilhem à propos du « normal et du pathologique. Si on les articule à une critique sociale radicale, elles pourraient orienter aujourd'hui une remise en cause au moins relative du paradigme « neuroscientifique », tel qu'il s'insère dans des procédures de soin, mais de façon encore réductrice et unidimensionnelle. Canguilhem indique qu'on ne peut chercher la maladie au niveau de la cellule sans confondre la sphère de la vie concrète, singulière et irréductible, avec le plan formel et abstrait de la science. De même, on ne peut réduire une souffrance générale du corps et de l'intimité psychique au « dysfonctionnement » d'une zone très localisée du corps visible. Il existe d'abord un écart incommensurable entre la souffrance vécue d'une personne « malade » et les paradigmes d'une science médicale formelle et spécialisée. Un corps et un psychisme vivants dits « malades » le sont de façon indissociable, et comme complexité

subjective singulière et irréductible. En outre, on peut percevoir la maladie non pas simplement comme « déficit », « diminutif », ou comme pure « incapacité » ou « anormalité », mais aussi comme expérience d'innovation positive du vivant. La maladie ne serait pas exclusivement la « disparition » d'un ordre physiologique, mais aussi l'apparition d'un nouvel ordre vivant, d'une nouvelle dimension de la vie. Parce que la maladie est encore de la vie, elle développe de nouvelles formes de normativités et de résistances. Dans cette situation, la souffrance vécue n'est pas moins réelle, ni moins reconnue, mais c'est d'abord l'individu souffrant qui la connaît adéquatement, intrinsèquement, de façon qualitative. Les observations cliniques du médecin peuvent venir observer les « causes » visibles de cette souffrance, mais elles fixent aussi un écart, qui sera l'écart entre le qualitatif et le quantitatif. Par ailleurs, l'individu souffrant, dans cette situation, qui imprime une nouvelle normativité sur le plan de la vie éprouvée (normativité souffrante), ne peut plus être considéré comme étant « objectivement dysfonctionnel », mais son état accuse aussi les désordres et violences de son monde et de son milieu, indissociables de son état souffrant. Selon ce point de vue, on peut envisager qu'une souffrance vécue dans un monde lui-même délirant et violent, a

« fournit » des images qui ne sont que des effets, des symptômes superficiels, qui ne peuvent réduire l'esprit sans le mutiler à l'extrême.

Lukacs, pour évoquer la rationalité calculatrice propre à la catégorie du travail abstrait, évoquera le principe bergsonien d'une spatialisation du temps vécu, qui rejoint cette critique bergsonienne de la réduction « neurologique » de « l'esprit » au cerveau. La volonté de saisir une image visible du temps vécu, de « l'esprit », ou de la qualité psychique intime, est indissociable du projet industriel se développant lié au calcul, à l'optimisation et à l'intensification des efforts et des énergies au travail.

La neurobiologie, les neurosciences affectives, cognitives, sociales ou comportementales, la neurolinguistique, l'imagerie cérébrale, se développant dans la modernité tardive, tendront à développer ces formes tendanciellement réductrices et mutilantes, théoriquement et socialement, dans les champs de la compréhension et du contrôle du système nerveux, des émotions, des « capacités » cognitives, sociales et comportementales standardisées et réifiées, des actes de langage, de la médicalisation des troubles neurologiques.

On ne peut évidemment développer une critique binaire des neurosciences formelles modernes, car sur un terrain

médical, par exemple, la neurologie permet aujourd'hui de diminuer des souffrances importantes liées à des cas pathologiques graves, comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, l'AVC, l'épilepsie, et autres troubles « neurologiques » importants. En outre, il semble que les développements neuroscientifiques sur le plan des émotions, des comportements sociaux, des systèmes linguistiques, permettent une « meilleure » compréhension des individus, susceptible de les « orienter » pratiquement vers des meilleures « adaptations » et « intégrations ». Néanmoins, on se confronte ici aussi à toute l'ambivalence des pouvoirs-savoirs modernes, qui soignent effectivement, intègrent effectivement, font cesser effectivement des souffrances réelles, rendent possibles effectivement des nouveaux « plaisirs », dans le même temps où ils sont susceptibles de réduire davantage les vies, de les assigner davantage et de les rendre davantage fonctionnelles, en maximisant leurs forces et énergies selon une orientation unidimensionnelle. Si les neurosciences modernes sont issues de la réduction énergétique et physicaliste des individus agissants en tant qu'ils sont toujours plus subsumés sous le travail abstrait, tous les soins et toutes les intégrations qu'elles « produiront » resteront soumis à l'enjeu sans qualité de la

augmente, au profit d'une notion quantitative, statistique, du comportement (coupé de tout ancrage historique et social spécifique), et la réduction de la souffrance à des mécanismes chimiques ou cognitifs abstraits, fonctionnels, s'aggrave.

En guise d'introduction au DSM III, Spitzer mettra en exergue cette citation d'Alice au pays des merveilles : « À quoi leur sert d'avoir des noms, demanda le Moucheron, s'ils ne répondent pas à ces noms ? — À eux, ça ne leur sert à rien, dit Alice, mais c'est utile, je le suppose, aux gens qui les nomment. Sinon, pourquoi les choses auraient-elles des noms ? » Cette citation dévoile le projet psychiatrique de la modernité tardive de façon éloquente : toujours plus, les patients qui seront nommés, ou catégorisés, seront dépossédés par de tels noms, catégories, et l'usage de tels noms, de façon assumée, renverra à la propriété exclusive d'un ordre clinique et social qui doit essentiellement encadrer la pathologie psychique, potentiellement « déviante » (mais qui ne vaudra jamais, bien sûr, abolir à la racine ses conditions sociales d'émergence).

Les DSM IV (1994) et V (2013), radicaliseront ces tendances, et multiplieront les catégories psychiatriques.

Dans son ouvrage de 2016, *Psychiatric Hegemony: A Marxist Theory of Mental Illness*, Bruce Cohen effectue une analyse matérialiste historique, et anticapitaliste, du DSM I jusqu'au DSM V. Les faits qu'il met en avant seront susceptibles de définir plus précisément l'évolution de la domination rationaliste-validiste, de 1952 jusqu'aux années 2010. Bruce Cohen montre que la psychiatrie inscrite dans les DSM définit toujours plus les normes socialement acceptables dans la sphère du travail, à l'école, dans la sphère privée, et dans la vie personnelle, dans le même temps où elle masque d'autant mieux sa dimension politique de contrôle, en définissant idéologiquement quelque « objectivité scientifique » des troubles. Cette évolution correspond à une dynamique d'atomisation et de responsabilisation individuelles induites par le processus capitaliste de crise, et par une crise globale du travail, qui s'aggrave à partir des années 1970. Au fil de ce procès, on assiste également à une pathologisation toujours plus assignante de toujours plus d'aspects de la vie, qui n'étaient pas soumis, auparavant, aux évaluations psychiatriques.

Comme le montre Bruce Cohen, la terminologie psychiatrique liée au travail évolue notablement : on passe de 10 mentions dans le DSM I à 40 mentions dans le DSM V. Les exigences postmodernes liées à la flexibilité et à la mobilité du travail, les injonctions relatives à l'auto-surveillance, à l'auto-gestion de l'exploitation, mais aussi l'essoufflement des luttes sociales d'ampleur, engagent progressivement l'explication psychiatrique de toujours plus de souffrances au travail. En individualisant la question de la souffrance au travail, l'ordre psychiatrique sert un projet social qui consiste à nier les disparités de pouvoir au sein du monde du travail. Chaque travailleur atomisé tend d'abord à remettre en cause sa santé individuelle, s'il est confronté à un trouble lié au travail, au lieu d'envisager les facteurs sociaux de ces troubles, et au lieu d'envisager des luttes collectives et confrontations révolutionnaires susceptibles d'abolir la souffrance de la réification en général.

Dès 1980, les diagnostics relatifs à la phobie sociale apparaissent également dans le DSM. Comme l'explique Bruce Cohen, cette évolution pourra déboucher sur la pathologisation de la timidité, de l'inhibition, facteurs de plus en plus « handicapants » dans une société défendant toujours plus l'auto-promotion individuelle, la pensée positive, le développement personnel au travail, etc. (selon une logique de responsabilisation personnelle). Les violences sociales, psychiques et symboliques, que subit tout individu sensible et empathique face à un ordre toujours plus psychopathe, affichant un large sourire humiliant et « compétent » lorsqu'il s'agit de licencier et de détruire des vies, produisent des inhibitions et malaises réels, qui tendront néanmoins toujours plus à être ramenés, par les diagnostics psychiatriques officiels, à des déficiences individuelles pouvant être corrigées via des soins individuels adaptés (on n'envisagera pas une seule seconde, ici, l'abolition pure et simple de la psychopathie sociale en tant que telle, mais on tentera au contraire de la protéger, en responsabilisant ceux qui ne s'y adapteraient pas ; pourtant, c'est bien l'abolition de cette psychopathie réifiante, supposant prises de conscience et luttes collectives, qui est le plus urgent, si seulement il s'agit de supprimer la souffrance).

L'idéologie psychiatrique inscrite dans les DSM tendra aussi à pathologiser l'enfance, éventuellement « inadaptée » en milieu scolaire. Les violences scolaires structurelles, liées à des écarts sociologiques entre élèves, liées à l'enjeu formel scolaire moderne de la formation d'une force

celle-ci continue à persévérer dans son être après la mort corporelle (réification et réductionnisme absolus, relatifs à un certain « posthumanisme » cybernétique). Ces projections délirantes et erronées (invalidées d'emblée par la simple monstration d'un Bergson, d'un Merleau-Ponty ou d'un Levinas), signifient sur un plan techno-scientifique strict, que les sciences cognitives du contrôle accompagnant un tel futurisme aberrant, tendront toujours plus à réduire, pratiquement et socialement, les individus, à leurs comportements, connexions, directement observables. Et au plus se développeront ces technosciences du contrôle social réductionnistes et effectivement réductrices, au plus les individus réels et vivants tendront à s'identifier formellement à cette dimension réduite de leur être. Dans un tel contexte, une discipline comme la psychanalyse, même si elle tend elle aussi, d'emblée, à ramener de l'invisible à du visible normalisable (dans la parole ou dans le symptôme dynamique), parce qu'elle continue néanmoins jusqu'à aujourd'hui à refuser le réductionnisme théorique et pratique, peut apparaître comme une résistance au moins relative, par-delà ses limitations structurelles.

Les neurosciences modernes, qui fixent leurs concepts de base dans les années 1960, achèvent le

principe de la spatialisation de l'intimité psychique. En outre, si elles ne sont pas systématiquement réductionnistes, elles pourront s'insérer toujours plus dans un projet social mutilant et effectivement réducteur, réifiant. L'héritage se situe du côté d'un Broca, et de sa « neurologie expérimentale » : en 1861, Broca situe la zone du cerveau responsable du traitement du langage dans le cortex cérébral, au niveau de la partie inférieure de la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère dominant. Bergson, dans sa conférence « l'âme et le corps », critiquera les tendances de cette « neurologie expérimentale » à réduire toute l'amplitude de l'esprit à de telles manifestations visibles sur le cerveau. Bergson considérera que les mouvements cérébraux localisés, associés à des « facultés » cognitives, ne sont pour ainsi dire que des effets superficiels, comparables à une pantomime, qui ne sauraient en rien résumer toute la complexité inextensive de l'esprit ou de « l'âme ». Bergson rattache la vie psychique intime à une pure continuité temporelle, qu'on ne peut spatialiser, et qui prolonge l'être dans un principe de fidélité intégrale à soi, ou de mémoire intégrale, fondant la possibilité d'une création et d'une projection libres. Cette mémoire et cette création qualitatives ne sauraient s'observer nulle part, pas même sur une image du cerveau en mouvement. Le cerveau observé

qui serait le siège corporel de l'esprit (Ibid., 31, 32). Descartes n'est pas réductionniste pour autant, car il affirme un dualisme qui implique que le fonctionnement mécanique de la substance corporelle, divisible et multiple, ne saurait réduire la vie libre de « l'âme », une et indivisible. La « glande pinéale » serait un point de jonction entre corps et « âme », mais qui ne réduit pas pour autant la qualité inextensive de « l'âme » humaine à du matériel. Néanmoins, la simple possibilité de « matérialiser » la vie psychique intime, ici, est posée. Elle indique la possible insertion du cartésianisme dans l'anthropocentrisme et dans le productivisme modernes à venir. Même si elle n'est pas formellement réductionniste, la thèse cartésienne implique au moins la possibilité de réifier, de saisir comme une chose, une certaine dimension du psychique. De même, il peut exister une psychophysique, une psychanalyse, un behaviorisme, et même un cognitivisme, qui critiqueraient fermement tout réductionnisme : ces disciplines psychologiques formelles, au sens large, pourraient finalement reconnaître le fait que leur façon de spatialiser, ou de réifier l'intimité psychique, ne saurait résumer intégralement toute la complexité de cette intimité, a priori inextensive, indicible et invisible. Par exemple, le schéma cybernétique du cognitivisme moderne induit l'existence

d'une « boîte noire », dont le contenu reste encore inaccessible. Pour autant, la critique de la réification qu'il s'agit de formuler ici n'est pas une simple critique de quelque réductionnisme, réduisant absolument l'inextensif à du spatial observable, mais bien plutôt la critique du projet en général consistant à vouloir rendre observable, normalisable, puis manipulable à titre de chose, cet inextensif singulier, qu'on admette ou non que sa complexité invisible résiste après une telle spatialisation.

En outre, ce qu'on peut aussi observer, et qui tend à aggraver cette réification, indissociable d'une réification sociale plus générale, c'est que finalement, ledit réductionnisme, dans les secteurs psychologiques visant explicitement le contrôle social, tend à s'imposer toujours plus de façon totalitaire. Les positions « psycho-rationnelles » de « prudence » préservant encore une qualité psychique insaisissable (même si elles n'abolissaient pas pour autant la réification) tendent à disparaître toujours plus. On constate ce fait au fil du développement d'un certain cognitivisme « futuriste », qui fixe à ce point la réduction, qu'il imagine qu'il serait purement « possible » de transférer les « données » cybernétiques réifiées d'une conscience vivante sur une machine, pour que

de travail exploitable dans le futur (soit à l'enjeu de la formation en vue de la réification future), liées à une assignation catégorisante de la jeunesse à la sphère de ce qui est encore hors-valeur, sont niées d'emblée lorsqu'il s'agit d'individualiser et de pathologiser les « troubles scolaires ». Dans la société états-unienne, qui révèle des structures plus globales, au début du XX^{ème} siècle, l'enfant « inadapté scolairement » serait « l'imbécile moral » ; dans les années 1920, il serait affecté par une « encéphalite léthargique » ; dans les années 1950, il souffrirait d'« hyperkinésie » ; dans les années 1970, il souffrirait d'un « dysfonctionnement minime du cerveau » ; aujourd'hui, il développerait un TDAH (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité).

Le TDAH, très diagnostiqué aux Etats-Unis, traduit un souci de contrôle évident, en tant qu'il pathologise et médicalise le comportement « indiscipliné » des enfants dans les salles de classe. Il ne s'agira jamais, selon ces évaluations clinique idéologiques, d'abolir les conditions sociales objectives réifiantes qui font de la sphère scolaire une sphère de reproduction des inégalités, et de préparation à la réification et à la dépossession du lien social, faisant potentiellement violence aux enfants et aux jeunes les plus sensibles ou les plus défavorisés, mais il s'agira simplement d'individualiser et de médicaliser les problématiques, non pas pour protéger l'enfant de l'ordre sadique, mais pour protéger l'ordre sadique des ces enfants turbulents... à réintégrer (aberration pure).

Bruce Cohen note qu'on passera de 8 catégories psychiatriques liées à la jeunesse, dans le DSM I, à 47 catégories, dans le DSM 5. L'ère post-moderne tend à barbariser les atomisations individuelles fonctionnelles dans le monde du travail, et elle barbarise corrélativement, en toute logique, les violences et assignations soumettant l'enfance, à mettre au travail.

Concernant la répression psychiatrique des femmes, il faut déjà noter que, dès le début du XX^{ème} siècle, les femmes résistant aux assignations patriarcales subissaient des hospitalisations d'office, des chirurgies mutilantes, et d'autres mesures punitives sous couvert de « traitement ». Au fil du développement du capitalisme industriel, la psychiatrie pourra assigner les femmes à la

« faiblesse de l'esprit », mais aussi déterminer des critères de la « féminité respectable », réduisant les femmes à la fonction maternelle, compassionnelle, domestique. Les femmes dites « déviantes », ne correspondant pas à ces critères, en particulier les femmes issues de la classe ouvrière, furent massivement enfermées, au nom du soin psychiatrique.

La barbarisation de la dissociation sexuelle-patriarcale de la valeur, et le développement de la « double socialisation » des femmes, à l'ère post-moderne, induit un surcroît de pathologisation des comportements féminins « inadaptés » : Bruce Cohen constate ainsi qu'il y avait 4 catégories diagnostiques féminisées dans le DSM I, là où il y en aura 24 dans le DSM V. Dans le même temps où les femmes accèdent plus massivement au salariat, les fonctions capitalistes patriarcales doivent les soumettre plus strictement à la vie du foyer et à la famille, au fil du développement des « doubles socialisations » féminines.

La pathologisation psychiatrique des femmes défendra l'hétéronormativité, individualisera les souffrances féminines, et tendra de ce fait à empêcher les luttes collectives anti-patriarcales.

La pathologisation de la protestation tendra également à s'intensifier, entre 1952 et 2013. Les attitudes de luttes ou de résistances, face au sadisme morbide, fétichiste et destructeur, de la modernité capitaliste, qui sont a priori raisonnables et saines (puisqu'elles dénoncent un monde malsain), tendent néanmoins toujours plus à être définies comme « troubles paranoïaques », « déficiences », « délire de persécution », par l'ordre clinique. De façon extrêmement cynique, l'ordre social fétichiste et clinique détermine sa folie meurtrière et réifiante, ainsi que tout individu apte à la supporter ou à collaborer à son développement, comme état normal ou sain, et il définit tout individu qui viendrait raisonnablement la remettre en cause comme étant dérangé, malade, etc. Le contrôle et la soumission par le soin psychiatrique des individus révolutionnaires ou subversifs est d'autant plus efficace lorsqu'il prend cette forme clinique. L'infantilisation et le déni d'humanité qui accompagnent ces assigna-

L'assignation discriminante des enfants à « l'arriération » (barbarie clinique qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui), même et surtout si elle se veut « bienveillante » et promeut des prises en charge « différenciées », consolide bien un système scolaire toujours moins attentif à la singularité de l'enfance, distribuant des « compétences » toujours plus formelles et logiques, mécaniques et indifférenciées, et fondant des hiérarchies et séparations qui annoncent les exclusions et invalidations s'imprimant dans le monde adulte « actif ».

Sur ces bases, William Stern fondera le QI, en 1912, qui établit le rapport entre « l'âge mental » et « l'âge physique » de l'enfant. Le modèle est explicitement statistique (courbe de Gauss) et réduit les développements des enfances à des schèmes unidimensionnels et abstraits. La singularité irréductible des enfances est niée, « au profit » d'une typologie-standard productive, plaquant sur ces enfances la désolation sans qualité des existences adultes « actives ».

L'évaluation des QI pourra déterminer des parcours scolaires, puis professionnels, et les reconnaissances ou invalidations sociales corrélatives. Elle développe la dictature de l'esprit de géométrie et de l'esprit logico-

formel, fortement « capacitiste » et excluante.

La psychométrie se développe aujourd'hui dans toujours plus de secteurs, pour définir des types de personnalités-standard, plus aisément insérables dans la division fonctionnelle du travail.

La psychométrie trouve sa place aujourd'hui dans le domaine de la direction des ressources humaines, qui dévoile sa pleine signification fondamentale : le DRH utilise les tests psychométriques (QI, « psychodiagnostic ») pour anticiper les réactions d'une personne employable, évaluer sa capacité à accomplir sa « mission », la « fidéliser », connaître ses appétences. Les tests psychométriques dans les ressources humaines se banalisent dans la période post-moderne, durant laquelle le travail est toujours plus en crise, précaire, rare, atomisant, dévaluant, déclassé et disloqué. Ils sont banalisés dans ce contexte, dans lequel l'idéologie managériale a modifié le principe de la « hiérarchie » au profit du « projet », promouvant « l'auto-gestion » de l'exploitation, et la « responsabilité personnelle » face à l'atomisation et à la dislocation de soi.

Descartes, pour penser l'union conjointe du corps et de l'âme (cf. Passions de l'âme, 30), a besoin de postuler une « glande pinéale »

tion, deviennent de pures « fonctions » réifiées, disloquées, séparées des situations singulièrement vécues, finalement calculables et normalisables, à la manière de « flux d'information » machinaux et purement observables. Des « déficiences » ou des « capacités » pourront être déterminées cliniquement, sur la base de ces spatialisations et séparations fonctionnelles, en vue d'une productivité sociale opérante, efficiente, et optimale. Ces formalisations cognitivistes, qu'elles soient « symboliques » (système de manipulation des symboles) ou « connexionnistes » (réseau de neurones) ramènent toujours déjà du vivant à du machinal, de l'inextensif à du spatial.

Les expérimentations propres à la psychologie cognitive seront très explicitement liées aux injonctions productives internes à la logique du travail abstrait : ici, les mesures comportementales comprennent par exemple la mesure des temps de réaction (TR), ou du temps nécessaire à une opération ; la rationalité instrumentale marchande, incluant la mesure des temps de travail socialement nécessaires, conditionne très clairement ce cognitivisme cybernétique, et se voit « rétroactivement » recomposée par lui, et consolidée, via l'injection en elle de schèmes informatiques très « opérants ».

On notera que la psychologie cognitiviste a reçu en héritage les premiers tests psychométriques de l'intelligence. Alfred Binet, en 1905, publiera une échelle métrique de l'intelligence. Il s'agit pragmatiquement de mesurer « l'âge mental » des enfants, en vue de « cibler » des « arriérations » possibles. Binet, en « humaniste », ne vise pas une ségrégation des enfants dits « arriérés », mais leur prise en charge différenciée. Si sa démarche reste encore qualitative et ouverte, sont mises néanmoins, déjà, en fonction, des facultés de direction, d'adaptation, et de vérification totalement formelles et réifiées, des facultés de résolution des problèmes, mémorielles et socio-émotionnelles, qui ramènent les intimités psychiques à un type-standard, mesurable et schématisable. Ce sont bien les compétences inhérentes à l'individu « productif », sur le plan moteur et intellectuel, qu'il s'agit d'isoler, de séparer par abstraction, et de calculer, en vue d'un contrôle optimal du « social » à valoriser. Que de tels critères réifiés, et mutilant les individus, s'appliquent d'emblée à des enfants, indique que les enjeux de la réification psychique et sociale de la valeur doit maintenant très vite s'insérer dans l'éducation, qui visera toujours plus explicitement et toujours plus cyniquement la simple formation d'une force de travail « viable » dans le futur.

tions neutralisent et décrédibilisent les luttes sociales de façon plus efficace que les répressions brutales, policières ou militaires.

Bruce Cohen constate que le nombre de mots/phrases relatifs à la protestation est passé de 11 dans le DSM I à 80 dans le DSM III, puis à 201 dans le DSM V.

Des courants psychanalytiques, ou des psychiatres dénonçant l'approche statistique ou quantitativiste des catégories cliniques purent s'opposer à la dérive comportementaliste ou athéorique du manuel (dès le DSM III), mais cela n'empêche pas le fait qu'il est aujourd'hui massivement utilisé pour décrire et prescrire dans les champs de la psychiatrie postmoderne, au niveau international.

Au niveau structurel, ces évolutions du soin et des catégories psychiatriques traduisent les évolutions sociales liées à la crise du travail (dès les années 1970), et à l'individualisation du lien social, aggravant le fétichisme marchand, la naturalisation des catégories capitalistes, et les dissociations internes à la logique du travail abstrait.

Retour sur l'histoire d'un mouvement protéiforme *Écrit par Romain du groupe sanguin de la FA*

L'antipsychiatrie est un mouvement de pensées et de pratiques qui, comme son nom l'indique, s'est construit en opposition à la psychiatrie dite "classique". Avant d'en analyser le fond théorique et idéologique, une tentative de définition est indispensable. Elle permettra de cerner ce courant riche aux allures diverses qui dépend des protagonistes (et donc de leurs places sociales, de leurs idéologies et de leurs aspirations politiques), mais aussi des endroits dans lequel il s'est déversé. Quelques exemples de pratiques qui sont plus ou moins directement affiliées à l'antipsychiatrie et qui revêtent des habillages également bien différents, accompagneront cette tentative de clarification.

GÉNÉRALITÉS SUR L'ANTIPSYCHIATRIE

C'est un fait, le mot antipsychiatrie proposé en 1967 par le psychiatre David Cooper dans son ouvrage Psychiatrie et anti-psychiatrie, est un fourre-tout qui regroupe tout un tas d'idées, de théories et de pratiques qui n'ont parfois qu'extrêmement peu de commun politique entre elles. Comment et pourquoi un mot, dont son créateur lui-même à regretté l'invention à cause des confusion qu'il créait, a été et est toujours autant usité, alors que personne ne peut en faire une définition claire et précise ? C'est certainement parce qu'il a mal été défini à la base et qu'ainsi, il a pu être récupéré à différentes sauces politiques au goût plus ou moins autonome, à la teneur plus ou moins libertaire. C'est probablement aussi parce que tout le monde avait besoin de condenser en un unique terme des contestations fortes et disparates qui, depuis presque deux siècles, fleu-

errante, subsumable sous un « milieu » dépourvu de signification et de symbolisation qualitatives. Ce paradigme se développant s'adapte à un ordre de production et de consommation standardisé, en lequel il s'agit d'intégrer les individus en rendant leurs actes et intentions prévisibles, gérables et manipulables. L'émergence plus tardive de la cybernétique (Wiener, 1948), fournira des schèmes formels et mathématiques précis pour que se développent plus efficacement les totalisations du contrôle « permis » par ce genre de « behaviorisme ». Les TCC (thérapies cognitives et comportementales), aujourd'hui, continuant à mutiler structurellement la qualité inextensive des psychismes vivants, en les ramenant à des simples comportements « adaptés » ou « inadaptés » (définis en fonction d'un type-productif moyen), complexifient le behaviorisme d'un Watson, mais ne modifient pas ses principes de base. De façon plus effrayante encore, le neuromarketing se diffusant tardivement, en vue de promouvoir des images publicitaires plus « efficaces », ou plus « ciblées », synthétise les « apports » de ce comportementalisme avec la dimension cybernétique des neurosciences, et des sciences cognitives.

La psychologie cognitive émerge dans les années 1950, en

même temps que l'intelligence artificielle, la cybernétique et les diverses théories de l'information. Elle radicalise la portée du behaviorisme, en intégrant ses concepts de base, mais en les transcendant également, dans un contexte extrêmement systémique. La « théorie de l'information », issue de la thermodynamique, pourra avec les modèles cybernétiques (boîte noire, émetteur, récepteur, rétroaction), toucher et affecter toujours plus de domaines : informatique, linguistique, économie, psychologie, génétique, neurologie, etc. La psychologie cognitive embrasse ce projet totalisant. L'intimité psychique humaine, a priori inextensive, peut être désormais très explicitement projetée sur un schéma physique réglé par des « lois » strictes (thermodynamique), mais elle peut être également comparée au fonctionnement d'une machine rationnellement structurée (informatique). La réification du psychisme est à son paroxysme, et elle accompagne l'aggravation de la subsomption des activités humaines sous le travail abstrait (réification sociale). Les « facultés » humaines sont fonctionnellement distinguées et séparées, de même que la dislocation des individus « productifs », ainsi que leur atomisation fonctionnelle, tant dans le travail que dans la consommation, s'aggravent : la mémoire, le langage, l'intelligence, le raisonnement, la résolution des problèmes, la perception, l'atten-

En étant ainsi spatialisées, les qualités intimes des consciences vivantes sont aussi structurellement mutilées : ce qu'il y a d'absolument irréductible et d'absolument irremplaçable en elles est ramené à du déjà-connu, et à de la chose manipulable, instrumentalisable.

Le principe fechnerien de la quantification du psychique fut fortement critiqué, en particulier par Bergson (Essai sur les données immédiates de la conscience, I). Mais ce principe a été aussi fortement développé, jusqu'à aujourd'hui, dans les divers domaines des sciences cognitives, neuroscientifiques, ou informatiques, de même que la réification sociale industrielle n'a cessé de se développer, dans tous les domaines de la vie. La loi de Weber-Fechner sera prise en charge et « améliorée », au cours du XX^{ème} siècle (cf. Stevens, 1957).

Un tel principe de réification de l'inextensif, de spatialisation de la qualité singulière et invisible des consciences vivantes, définira un paradigme général, dans les domaines « psychologiques » les plus divers, au sens large. Cette réification moderne du psychique n'est pas systématiquement liée à un projet de quantification du psychique, comme avec Fechner, mais elle se décline selon diverses modalités (« dynamiques », « organiques », « comportementen-

tales », « cognitives », « génétiques », « neurologiques », etc.).

Le behaviorisme d'un John B. Watson (1912, Etats-Unis), qui se basera sur les recherches animales du physiologiste Pavlov (définissant la notion de « conditionnement classique ») radicalise la réification de l'intimité psychique et de la personne humaine. La dimension encore dynamique et relativement « subjective » de la parole n'est plus le facteur décisif. Avec le behaviorisme (parfaitement adapté à la société capitaliste états-unienne en voie d'accélération), la rationalité instrumentale marchande imprime son emprise totalitaire, via le postulat d'un conditionnement instrumental susceptible d'augmenter la fréquence d'un comportement. La relation fechnerienne stimulus/réponse est systématisée, dans le contexte d'interactions mécaniques entre l'individu atomisé, et ce qui n'est plus qu'un « milieu », ou un « environnement ». La capacité créative et libre, qualitative, des personnes humaines et vivantes, est radicalement niée, et on lui substitue un comportement saisissable selon des schémas statistiques ou instrumentaux, calculables et connus d'avance. La faculté humaine, et vivante, à façonner librement des finalités transformatrices, au sein d'un monde créé et projeté, est réduite à une causalité mécanique et

rissent contre le pouvoir psychiatrique. Enfin, c'est possiblement parce qu'il s'agit d'un mot-concept naïf et efficace, dont le sens saute aux yeux d'emblée. Sens qui à cause de son usage banal et facile, s'est perdu au fur et à mesure de son emploi...

L'antipsychiatrie est donc un objet aux contours flou, à l'aspect opaque et au contours flou, à l'aspect opaque et au contenu complexe et ambigu. C'est donc à travers des généralités qu'il possible, dans un premier temps, de définir ce mouvement de déconstruction.

D'un point de vue politique, l'antipsychiatrie se veut une remise en cause radicale des notions de pouvoir et de savoir que contient la psychiatrie et dont elle fait usage.

En effet, le pouvoir psychiatrique est attaqué à travers son institutionnalisation. C'est l'asile ou "l'institution totalitaire" qu'il faut détruire, c'est le pouvoir médical qu'il faut dénoncer, et c'est aussi toute sa connivence avec l'État, ses liens, voire sa similitude avec le pouvoir policier ou judiciaire qu'il faut démasquer et supprimer. Mais c'est également la façon dont ce pouvoir est exercé qui est rejetée : tous les enfermements sont inadmissibles, la distinction soignants-soigné-e n'a pas lieu d'être, les traitements sont bien trop souvent inhumains et humiliants, et le tout se déroule sous couvert d'un autoritarisme évidemment pavé de bonnes intentions (le fameux "c'est pour votre bien"). Enfin, c'est en critiquant son rôle social (coercition, répression, normalisation, maintien de la société de classe, etc.) que ce pouvoir est combattu. C'est donc toute la violence psychiatrique, autant corporelle que symbolique, à laquelle l'antipsychiatrie s'attaque.

Quant au savoir psychiatrique, il a aussi subi les affronts de l'antipsychiatrie qui parle d'un savoir plein de faux-semblants servant de justification rationnelle et pseudo-scientifique à l'usage des contraintes diverses (sexuelles, morales, comportementales, politiques, etc.). Ce savoir est bien plus une machine à fabriquer de la norme et un outil à légitimer les positions dominantes existantes. De plus, la nosographie (classement des maladies) qui l'accompagne est également battue en brèche car elle ne sert qu'à stigmatiser, annihiler les individualités ou discréditer ce qui ne serait pas de l'ordre de la raison.

D'un point de vue social, l'antipsychiatrie réclame une liberté individuelle pour toutes et pour tous. Elle propose de soigner autrement que par la coercition, notamment en prenant davantage en compte l'environnement et les interactions entre les individus elleux-mêmes. À ce titre, la communauté a une place particulièrement grande sur laquelle il faudra revenir ultérieurement. Aussi, l'antipsychiatrie suggère que la maladie mentale ne se passe pas seulement dans l'individu-e mais entre les individus. Ces derniers souffrant alors davantage de maladies sociales ou existentielle que de maladies mentales à proprement parler. Ce point est particulièrement difficile à synthétiser et à généraliser, étant donné les avis extrêmes et divergents qu'il est possible de trouver au sein du courant antipsychiatrique.

Enfin sous l'angle philosophique, l'antipsychiatrie possède une éthique propre, qui se veut une éthique de la confiance, de la liberté et de l'autonomie. Personne ne peut décider mieux que l'individu ellui-même ce qui est bon ou mauvais pour ellui. Voilà pourquoi un de ses slogans était que la psychiatrie doit être faite et défaire par tou-ttes. Sous-entendu, la folie nous concerne tou-ttes (dans notre intimité et dans notre relation aux autres) et nous devons tou-ttes nous en occuper plutôt que de la laisser aux psychiatres ou autres technocrates. Par ailleurs, elle se veut aussi une entreprise épistémologique cherchant comment et pourquoi l'emprise psychiatrique occupe une telle place dans les sociétés occidentales. Il faut enfin rajouter qu'un travail de déconstruction a été réaliser autour de l'équation "maladie mentale = folie".

DES ANTIPSYCHIATRIES ?

Mais après ces généralités auxquelles il est aisé d'acquiescer paisiblement, et que l'on pourra presque réduire à un simple renversement de l'ordre psychiatrique, il faut s'enfoncer davantage dans la profondeur de ce mouvement et voir s'il ne serait pas pertinent de distinguer deux antipsychiatries. Une première qui dépasserait le concept même d'antipsychiatrie puisque chronologiquement bien plus ancienne que lui (les premiers témoignages contestataires de psychiatisés remontent carrément à "l'ancêtre" de la psychiatrie qui, courant XIXème siècle, s'appelait l'aliénisme), et une autre que l'on considère comme l'antipsychiatrie "officielle".

LA RÉIFICATION DE LA QUALITÉ SINGULIÈRE DES CONSCIENCES VIVANTES DANS LE PROJET « PSYCHOLOGIQUE » MODERNE

Les sciences ou disciplines modernes qui tentent de circonscrire le psychisme humain, pour le comprendre, le soigner, ou le contrôler, tendent à projeter, selon des schémas toujours plus rationnels et structurés, la qualité intime de ce psychisme, sur des formes objectives réifiantes. Les symptomatologies ainsi saisies fixent des syndromes, syndromes susceptibles de redéfinir des types de conformations, conformations qui resteront structurellement subsumées, comme on le verra, sous la logique sociale du travail abstrait.

Fechner, dès 1850, fonde les principes d'observation et les principes mathématiques de la psychophysique, première grande tentative cohérente et moderne de spatialiser, de réifier, la qualité intime et a priori inextensive des consciences vivantes. Il opère une véritable rupture dans le champ émergent de la « psychologie formelle », mais on peut dire aussi qu'il aura hérité des « anticipations de la perception » pensées par Kant dans sa Critique de la raison pure, lesquelles en effet, déjà, définissaient un programme de quantification de l'intensif, en fonction de la variation des « degrés ».

Fechner pense la relation entre la qualité intime d'une sensation, a priori non communicable, et un stimulus physique extérieur (lumière, son, poids, etc.), susceptible d'être mesuré et quantifié. La « grandeur intensive » du stimulus physique détermine une « grandeur intensive » pour la sensation, laquelle devient dès lors spatialisable, mesurable et quantifiable, à la manière d'une « chose physique » extérieure.

D'un point de vue matérialiste historique, on peut voir ce développement scientifique moderne, consistant à réifier l'intensif, à spatialiser ce qui est a priori indicible et inextensif, en relation avec le développement émergent d'un secteur « industriel » soucieux de contrôler l'intensité des « efforts » ouvriers, en vue de leur optimisation. La spatialisation et la quantification de l'intensif, a priori invisible et indicible, sont aussi et d'abord liées à la subsumption en devenir des individus « productifs » ou « agissants » sous le travail abstrait. La réification « psychique » en germe dans la psychophysique d'un Fechner est indissociable d'un projet de réification sociale, industrielle, plus général, qui devra toujours plus pouvoir ramener l'invisibilité des efforts et désirs des individus à du visible, à du général, à du calculable, à du normatif, et à du contrôlable.

mains », en vue de les réduire, de les mutiler, et de les exploiter comme des choses.

Finalement, le sujet de la valeur « valide » sera aussi le sujet adulte « actif » et « formé », ayant acquis des « compétences » déterminées, susceptibles de servir, dans la sphère de la production sociale, le projet de valorisation morbide et autodestructeur. Comparativement, l'enfant « en formation », qui devra acquérir, dans l'éducation, de telles « compétences » réductrices et assignantes, est structurellement invalidé en tant qu'il peut aussi, comme « nature » informe, résister à de telles injonctions, ou être incapable d'intérioriser de telles « formes » fonctionnelles et structurantes. L'enfant comme « non-formé », l'enfant en tant qu'il n'est pas encore soumis à la rationalité instrumentale, est d'abord un être « incapable », « non-valide », à rendre capable et valide. Cette structure âgiste-validiste impliquera aussi, finalement, une déqualification structurelle des personnes trop « âgées » pour conserver les compétences productives, devenues « inutilisables ». « L'âge » qui finit par « travailler » ces personnes se situant désormais hors du procès de valorisation (« retraitées », par exemple), soit ces personnes dites « âgées », devient un principe quantitatif de classification excluant, spatialisant les tempora-

lités humaines vécues, pour mieux sectoriser les individus, et pour mieux définir des principes de sélection ou d'exclusion en fonction de ces sectorisations « rationnelles » instrumentalisantes.

On notera finalement que l'invalidation des enfants devient à son tour structurelle pour penser la manière dont la dissociation rationaliste-validiste opère. En effet, on infantilise proprement, pour mieux les assigner et les « gérer » formellement, les travailleurs manuels ou les prolétaires exploités, les esclaves colonisés ou les individus assignés à une « race » dévaluante, les femmes dites « hystériques », ou les personnes homosexuelles ou transgenres psychiatisées, « l'animal » « frénétique » et réduit, la personne « handicapée », la personne « âgée ».

Mais de la même manière, la structure anthropocentriste-productiviste pourra définir une autre matrice, susceptible d'éclairer sous un autre jour la dissociation rationaliste-validiste : on animalisera le prolétaire « irrationnel », l'individu assigné à une « race » dévaluante, le « féminin », le « non-hétérosexuel », la personne « handicapée » infantilisée et rendue « dépendante », la personne « âgée » ou l'enfance assignées.

En effet, il semble possible de cerner une antipsychiatrie portée par les militant-es psychiatisé-es ou ex-psychiatisé-es qui dénoncent ce que la psychiatrie leur a fait subir, qui réclame que cette violence cesse coûte que coûte et qui cherchent ensemble à s'en défendre. C'est la révolte la plus ancienne mais aussi celle quia le plus de force et d'authenticité contre l'ordre psychiatrique. Les sujets qui la porte, puisqu'ils sont passé-es par l'expérience du vécu, savent de quoi iels parlent matériellement. Iels n'ont

pas forcément besoin des concepts de philosophie politique ou médicale pour mener à bien leur lutte car iels l'incarne concrètement et leurs témoignages suffisent déjà. Mais lorsqu'ils parviennent à s'organiser, la révolte prend une tournure bien plus subversive. C'est ce qui c'est passé en France (mais certainement dans aussi beaucoup d'autres pays), dans le courant des années 1970 avec des collectifs comme le Groupe Information Asile, le mouvement Marge, celui autour de la revue garde-fous, et dans une moindre mesure les infirmier-es de l'AERLIP (Association pour l'Étude et la Rédaction du Livre des Institutions Psychiatriques) et le comité de lutte des handicapés. Même s'ils n'avaient pas les mêmes positions et objectifs politiques, tous, plus ou moins directement, remettaient en cause le fonctionnement des asiles et de la société qui les produit et les soutient, cherchant les moyens juridiques ou médicaux pour défendre les psychiatisé-es, et tentaient de briser l'isolement et le silence en prenant (ou en leur donnant) la parole. Pour ce faire les publications et diffusions de journaux, les groupes d'auto-supports, les interventions publiques, les libérations d'individus interné-es d'office, etc., se multipliaient dans les villes et les quartiers. Tous ces collectifs suscités ont d'ailleurs travaillé ensemble à l'élaboration de la Charte des internés [à lire ici] qui exigeait l'application de différentes mesures.

En parallèle, "l'autre" antipsychiatrie est portée par des psychiatres (Thomas Szasz, Roger Gintis, Giovanni Jervis, et bien d'autres dont certains noms figurent plus bas) des sociologues (Robert Cqtel, Ervin Goffman, etc.) ou des philosophes (Michel Foucault, Gilles Deleuze, etc.), et a été retenu par l'histoire comme "la véritable" antipsychiatrie ? À travers cette dernière, bon nombre d'idées ont été proposées et tout un tas de bouquins sur ce sujet sont parus afin qu'une culture bourgeoise moyenne se l'approprie. Bien sûr les expériences relativement connues à ce jour, et dont on brosera un

portrait plus loin, méritent une attention particulière. Mais il faut bien avoir en tête que des psychiatres qui ont alimentés cette antipsychiatrie – et l'ont d'une certaine manière exercée – aucun ne s'est à proprement parler auto-défini comme antipsychiatre!

Dans la pratique les choses ne se sont pas déroulées ainsi. Il n'y a pas eu ce découpage à la hache qu'il est facile d'exposer par écrit des années après. En réalité, des allers-retours perpétuels ont été faits entre des deux antipsychiatries, que ce soit au niveau des discours ou bien des engagements corporels.

susceptible de servir le procès de la valorisation de la valeur, indissociable d'une dissociation sexuelle-patriarcale.

Le sujet de la valeur sera aussi le sujet rationnel anthropocentriste, qui assigne le vivant non-humain à une mécanique informe, et tendanciellement à l'insensibilité pure et simple (cf. Descartes, « l'animal-machine », Discours de la méthode, V). Dans le projet productiviste-rationaliste de valorisation, les vivants non-humains sont réduits à n'être que des matières premières exploitables, indéfiniment, de telle sorte qu'on niera leur intériorité inextensive, leur sensibilité propre, et leur complexion singulière propre. « L'animal », réduit, ou même « le végétal », comme abstractions indifférenciées, ne sont plus que des espèces impersonnelles développant frénétiquement, et sans conscience, des cycles de reproduction « biologiques » indifférenciés. Toute singularité dynamique de l'individu vivant est niée. Le vivant non-humain doit être structurellement invalidé. Il n'aurait pas la « capacité intellectuelle » justifiant une relation de communauté égalitaire avec le vivant humain. Le procès productiviste affecte progressivement cette vie non-humaine, toujours plus catégorisée, classifiée, assignée, non simplement idéologiquement, mais aussi

matériellement. Ce procès mutile et anéantit d'autant plus la vie non-humaine. Cette mutilation, cette réduction, cette assignation construites historiquement et socio-économiquement, produiront des effets réels dans les dynamiques vivantes, effets qui tendront toujours plus par être abstractifiés idéologiquement, figés, puis projetés sur quelque « nature innée » du « vivant non-humain », « vivant non-humain » qui serait donc, selon cette idéologie, « a priori » limité, soumis, mécanique et chosal. C'est ainsi que l'idéologie justifie toujours mieux l'exploitation et la destruction du vivant « non-humain », dans le même temps où elle développe une stricte inversion inconsciente.

On qualifiera ainsi les cycles « naturels » « non-humains », comme la reproduction, de cycles « frénétiques » et incontrôlés (que la rationalité instrumentale marchande serait susceptible d'« encadrer », de l'extérieur). On notera que le terme antique de « frénésie » qualifiera aussi, avant tout, un trouble mental, un dysfonctionnement psychique que subiraient des vivants humains non « intégrés », ou « invalidés ».

L'individu « capable », ayant des « capacités d'initiatives », « validé » par l'ordre social de la valeur, serait ainsi l'individu assignant de façon barbare les sujets vivants et conscients « non-hu-

mesure où tout ce qui s'oppose à la destruction sadique et morbide, et à l'autodestruction du monde vivant et humain, est bien sûr raisonnable, sensé et légitime. Mais précisément, l'inversion idéologique gestionnaire consiste à faire passer ces résistances et luttes raisonnables, sensées et légitimes, pour des dynamiques furieuses, démentielles et insensées, dans le même temps où elle fera passer sa folie suicidaire et sadique pour une fonction « normale », « pragmatique » et « légitime ».

Le sujet gestionnaire « rationnel » et invalidant sera aussi le sujet masculin, « viril » et reproducteur. Au fil de la dissociation sexuelle-patriarcale de la valeur, il assignera tendanciellement le corps des femmes résistant aux injonctions patriarcales à « l'hystérie ». Ici encore, une situation de mutilation construite historiquement, au fil du développement de la dissociation-valeur, est confondue avec une « nature » du « féminin », qui serait a priori « invalide », « non-rationnelle », ou « handicapée ». Si la catégorie de l'hystérie n'assigne plus formellement les femmes, d'un point de vue médical, l'idéologie gestionnaire-masculiniste continue néanmoins tendanciellement à assigner les féministes luttant, de façon raisonnable, légitime et sensée, contre un ordre morbide, sadique

et suicidaire, à « l'hystérie », à la fureur « irrationnelle », à la démence « inaudible ». La psychiatrisation de l'homosexualité, ou des personnes transgenres, « invalidant » des individus n'ayant pas une sexualité « productive », dans l'ordre familialiste de la valeur, participe de la même dynamique « rationaliste » et « capacitiste » folle et insensée. Les personnes homosexuelles ou transgenres qui voudront affirmer une résistance, ou un refus d'être normalisées ou assignées, de façon raisonnable, légitime et sensée, seront structurellement renvoyées hors-rationalité, hors-valeur, par l'idéologie gestionnaire morbide.

Le sujet « capable », le sujet ayant une « capacité d'initiative », dans l'ordre idéologique de la valeur, sera le sujet sadique masculin-bourgeois, hétérosexuel, qui aurait la « capacité » de réduire le « féminin » à une pure énergie informe, de le réduire et de nier totalement la qualité propre de son désir et de sa sensibilité (solipsisme), pour se l'accaparer comme une chose, comme un fétiche, et pour développer structurellement une dynamique de violence et de viol absolument réifiante. Ce sujet « capable » sera un sujet « valide », au sens où il aura su développer proprement une psychopathie « intégrée », « normalisée », et « épanouie »,

Écrit par Pierangelo Di Vittorio

OUBLIER L'ANTIPSYCHIATRIE ?

On pourrait d'entrée de jeu dénoncer le subtil coup de force contenu dans ce titre et renverser la question : l'antipsychiatrie est une affaire réglée, pourquoi faudrait-il s'en souvenir ? Dans un contexte historique où la psychiatrie a du mal à garder ou à retrouver une identité quelconque, la référence à l'antipsychiatrie est un choix qui relève du jugement de chacun. Il n'empêche que ces choix pourraient être tous fondés sur un préjugé, à savoir que l'antipsychiatrie est un objet aux contours définis, un phénomène simple, univoque et qu'on peut observer sans crainte de s'égarer ou de se tromper. Pourtant l'antipsychiatrie ressemble plutôt à un Janus, son visage est doué d'une opacité redoutable et si l'on veut essayer de la saisir il faut accepter le risque de rentrer dans le jeu des perspectives.

L'antipsychiatrie a deux faces différentes et collées directement l'une sur l'autre. Peut-on les séparer ? Peut-on les arracher l'une à l'autre ? Peut-on oublier une face et se souvenir de l'autre ?

Si l'on voulait donner une définition préalable de l'antipsychiatrie, on pourrait l'envisager dans les termes d'un questionnement des « relations de pouvoir » qui sont à la base de la psychiatrie et d'un refus de la supposée « neutralité politique » de son savoir et de ses techniques d'intervention. Cette définition nous ramène directement à l'image la plus familière de l'antipsychiatrie qui est celle des mouvements qui se sont développés dans les années 1960 et soixante-dix du siècle dernier. Toutefois, on se trompe si l'on fait de ces mouvements l'acte de naissance de l'antipsychiatrie. Considérée comme une forme de « résistance » aux excès du pouvoir psychiatrique, l'émergence d'une attitude antipsychiatrique est tout à fait contemporaine de l'éclat de la psychiatrie au XIXe siècle : en France, le mouvement aliéniste

s'affirme définitivement avec la loi du 30 juin 1838 qui confère aux médecins la « tutelle » des malades mentaux dans des établissements spéciaux dont ils sont à la fois les guides thérapeutiques et les directeurs administratifs. Aussitôt quelques voix dénoncent la condition des malades mentaux dans ces établissements. C'est le cas, par exemple, du frère Hilarion (Jean Tissot), soigné quatre ans à Charenton, qui intervient déjà dans le débat de la loi de 1838 par un opuscule intitulé *Mémoire en faveur des aliénés*, dans lequel il affirme que l'adoption de cette loi serait « une véritable calamité publique ». La loi adoptée, Tissot radicalise ses positions. Dans un ouvrage de 1850, *État déplorable des aliénés*, il s'insurge contre les médecins aliénistes et parle de « tueries » perpétrées dans les asiles. Selon Robert Castel, on peut repérer chez Tissot la formulation cohérente de certaines attitudes antipsychiatriques – anti-professionnalisme, conception mystique de la nature de la folie, projet pratique de destruction de l'asile et opposition à l'intervention de l'État – qu'on retrouvera ensuite et qui ne seront pas étrangères, notamment, à la pensée de Thomas Szasz¹.

Plutôt que dénoncer l'anachronisme d'un tel jugement, on pourrait au contraire se demander pourquoi les critiques provenant de ces premières formes d'antipsychiatrie sont restées si longtemps inécoutées. Il s'agit bien sûr de critiques qui se développent à partir d'expériences personnelles et s'expriment dans la forme de « témoignages », mais dont on ne peut pas négliger la portée éminemment politique. M. Garsonnet, maître de conférences à l'École normale, deux séjours à Charenton, est l'une des rares voix qui vise le cœur de la loi de 1838 :

Qu'est-ce en définitive la loi des aliénés ? Pas autre chose que la thérapeutique aliéniste élevée à la hauteur d'une institution ; quand on aura jugé la thérapeutique, on aura jugé la loi².

Garsonnet est proprement antipsychiatre lorsqu'il dénonce les nouveaux rapports de force que la médecine mentale – « cette autorité médico-légale exorbitante » – met en place sous le couvert d'une nouvelle rationalité thérapeutique. Mais il faudra attendre le XXe siècle pour voir resurgir une critique visant le rapport entre la « loi » et la « nature » de la maladie

1. Castel 1976, p. 216-217

2. La loi des aliénés, nécessité d'une réforme.

également déterminer quelque « trouble mental » ou quelque « dégénérescence », en un sens médical, qui seraient propres à ces minorités « non-nationales » jugées « menaçantes ». La « rapacité », la « perversion » du « vol » ou de la « paresse », deviendront des assignations validistes structurellement antisémites, anti-tziganes, ou encore, dans d'autres situations, xénophobes. L'ordre de domination productiviste-nationaliste, pour justifier sa violence délirante, excluante, et meurtrière, assigne les individus qu'il s'agit d'exclure, ou même de supprimer, à quelque « invalidité » de principe, pour « fonder » de façon pseudo-rationnelle sa barbarie injustifiable en soi.

Par ailleurs, si les individus assignés à une « race » infériorisante désirent lutter contre cette situation, l'idéologie gestionnaire-raciste ne reconnaîtra bien sûr, en rien, le caractère raisonnable et légitime de ces luttes (alors qu'elles s'opposent pourtant à une fureur génocidaire), mais cette idéologie, diffusée massivement, criminalisera de telles luttes, et pourra les qualifier de « furieuses » (de furiosus, furor, synonyme de manie), ou de « démentes » (de dementia, perte de l'esprit).

On envisage ici plus précisément le sens profond de l'inversion idéologique bourgeoise : sa rationalité instrumentale capitaliste, qui

assigne structurellement les individus à des « invalidités » et à des « irrationalités », est pourtant structurellement folle, délirante, insensée :

- elle fétichise des choses (marchandises) pour dévaluer des vies ;
- elle est une folie destructrice et meurtrière de principe, liée à des expropriations, invasions, colonisations, dissociations, assignations, exterminations, proprement immondes et désastreuses ;
- elle est structurellement paranoïaque, en tant qu'elle développe, au fil de ses crises, des stigmatisations insensées de personnes réifiées, censées « personnifier » le principe impersonnel et automatisé du système ;
- elle est mue finalement par une pulsion sadique, morbide, et suicidaire irréductible, à tel point qu'elle finit par détruire ses propres fonctions de domination, mais aussi le monde matériel dont dépend sa valorisation.

Ce sont précisément les personnes invalidées par cet ordre amoral et fou, dont la « rationalité instrumentale » enveloppe la folie en soi, qui pourraient, en résistant à ces invalidations, affirmer un point de vue réellement raisonnable, sensé et légitime, dans la

C'est aussi le gestionnaire occidental et colonisateur qui sera susceptible d'invalider structurellement l'esclave colonisé. Ainsi, dans son Essai sur l'inégalité des races humaines, Gobineau affirme que se situerait, au sommet de l'édifice hiérarchique, la race « Blanche », qui aurait « le monopole de la beauté, de l'intelligence, et de la force ». Et à propos de la « race Noire », il dira : « dans l'avidité de ses sensations, se trouve le cachet frappant de son infériorité ». Le colonisé, assigné par l'idéologue gestionnaire occidental à une « race inférieure », en vue de justifier un processus de valorisation « impliquant » l'invasion, le pillage, le meurtre, et la mise en esclavage, est « conçu » d'abord comme un être non-rationnel, réduit à la sensibilité brute, « animale ». Au fil du processus colonial et esclavagiste qui consiste à mutiler effectivement ces existences colonisées, dans la production, l'idéologue bourgeois et blanc projettera progressivement cette mutilation construite historiquement, et subie de façon insupportable (l'effet d'une violence invasive) sur quelque « nature innée » des individus assignés à une « race » dévaluante ; selon l'idéologue colonial-bourgeois, les individus colonisés auraient une « invalidité » innée, et

celle-ci causerait la « nécessité » de continuer à déqualifier structurellement ces personnes. Cette naturalisation de la violence coloniale pourra aller jusqu'à justifier les discours immondes faisant de la colonisation un facteur « positif » de « développement », etc.

Les pays qui seront considérés comme « non développés », ou « en voie de développement », seront insidieusement invalidés, comme si cette « invalidité » était relative à une incapacité originaires, « naturelle », et sans que la dimension construite et évolutive, mais aussi meurtrière et barbare, du processus colonial, puis néocolonial, soit prise en compte. On finit par essentialiser quelque « handicap » qui serait « inhérent » aux populations ou aux personnes assignées à une « race » dévaluante. Le sujet « capable », « rationnel », serait celui qui aurait « l'esprit d'initiative », ou « l'esprit d'entreprise », soit le sujet colonisant qui aura eu « l'initiative » d'assigner et de massacrer des populations entières.

Dans le même ordre d'idées, l'idéologie nationaliste-gestionnaire paranoïaque qui assignera « le Juif » au capital financier « responsable des crises », ou « le tzigane » à « l'oisiveté dépourvue de sol », pourra

qu'elle suppose. Des témoignages pareils ont été d'ailleurs très rares. Garssonnet lui-même était convaincu d'avoir réussi à passer par les filets de la machine asilaire grâce aux interventions amicales dues à sa position sociale³. La majorité des expériences de résistance aux excès du pouvoir psychiatrique n'ont pas franchi les murs de l'asile. Elles ont simplement disparu, englouties avec ces milliers d'existences anonymes qui ont sombré dans la nuit asilaire. Combats oubliés et cependant réels : Michel Foucault – lorsqu'il a été à même, dans les années 1960-1970, de se destituer aussi de sa position de « sujet du savoir antipsychiatrique » – a fait émerger ces mémoires ensevelies et a salué Pétronille, Braguette et les autres hystériques enfermées à la Salpêtrière « comme les vrais militants de l'antipsychiatrie »⁴.

Disons alors clairement que le premier aspect de l'antipsychiatrie, celui qu'il ne faudrait jamais oublier, c'est le témoignage de ceux qui ont joué leur vie à l'intérieur de l'appareil psychiatrique. Ce témoignage est en lui-même un combat : parfois véhiculé par la force du délire, il s'est exprimé de manière différente selon les contextes historiques et institutionnels, et il a offert à chaque fois un ancrage, une plateforme « radicale » à partir de laquelle on peut construire des alliances politiques possibles, remettre en cause les relations de pouvoir, conquérir une reconnaissance juridique, obtenir des droits, etc. Pourquoi les voix des internés n'ont-elles eu que peu d'écho chez les professionnels et la société en général ? Pourquoi les alliances politiques ont-elles pris dans certains cas et non pas dans d'autres ? Que reste-t-il aujourd'hui de ces voix, au-delà de l'abolition des hôpitaux psychiatriques ou de leur survivance ? Est-ce qu'il n'y a plus de témoignage, ou bien celui-ci s'est-il transformé et s'est acquise une nouvelle forme de surdité à son égard ? Quoi qu'il en soit, l'histoire de l'antipsychiatrie ne commence pas avec les mouvements de ladite « antipsychiatrie », mais est l'histoire des résistances, des contre-conduites et de la prise de parole des femmes et des hommes « infâmes » qui ont contesté le pouvoir psychiatrique depuis sa

3. Ibid., p. 270-271.

4. Foucault 2003, p. 253.

naissance⁵. Ce qui caractérise les mouvements des années 1960 et 1970 est plutôt la transposition de cette contestation sur un registre théorique, notamment philosophique, d'où elle n'a pas cessé de rebondir violemment en direction d'un projet politique teinté d'extrémisme.

Dès lors toute l'opacité du « phénomène antipsychiatrie » s'est mise en place. De deux choses l'une : ou bien les vrais militants de l'antipsychiatrie sont les « non sujets » enfermés dans les asiles, les discours des alliés se bornant à offrir des « outils critiques » pour amplifier leur combat singulier et spécifique ; ou bien il y a un « discours

antipsychiatrique » appuyé sur des références philosophiques (d'autant plus fortes qu'elles sont à leur tour antiphilosophiques) et alors la reconnaissance des fous comme « sujets révolutionnaires » se pose comme la condition spéculative nécessaire pour engendrer le sujet abstrait et global d'un savoir antagoniste et d'un monde nouveau. Le dilemme de l'antipsychiatrie se joue dans cette marge étroite où l'on bascule de la vraie position militante des patients dans les champs de bataille de la psychiatrie, à la position théorico-révolutionnaire d'un vrai sujet de l'antipsychiatrie. Basculément, en d'autres termes, de la position « antithétique » que les internés occupent dans la spécificité du dispositif psychiatrique qui les assujettit (l'hystérique, par exemple, qui est « à contre-courant du jeu asilaire »⁶), à la position d'un sujet « antagoniste » qui, selon les différentes références philosophiques, renverse les valeurs et fait des fous la promesse globale d'un homme nouveau, ou bien conteste totalement la rationalité moderne et son rêve anthropologique et fait de la folie l'annonce inouïe d'une expérience tragique à venir⁷. À partir de ces deux positions qui sont collées l'une sur l'autre comme des jumeaux siamois, on a donc affaire à « deux » antipsychiatries. Elles sont attachées l'une à l'autre, elles se superposent, mais elles ne se recoupent pas du tout. La question est alors de savoir s'il est possible de séparer les jumeaux. Peut-on se souvenir de l'antipsychiatrie où les corps des internés,

étranger à lui-même, détaché, éloigné de lui-même. Le même système qui assignera, enfermera, isolera, marginalisera les personnes qualifiées de « folles », de « non-valides », ou les personnes « handicapées », de façon toujours plus fonctionnelle et barbare, aura produit une invalidation analogue dans la sphère de la production des marchandises, invalidation qui affectera directement les travailleurs et travailleuses exploitées.

L'individu « capable », « valide », dans ce contexte, est l'entrepreneur privé qui possède une « initiative », et qui détient les outils des gestion rationnels et intellectuels pour structurer et valoriser le travail. L'individu « capable » renvoie aussi au sujet qui porte initialement un projet d'expropriations ultra-violentes et barbares. Ensuite, c'est aussi la possession d'un capital de départ, hérité ou emprunté, qui fonderait une telle « capacité », une telle « validité » et une telle « rationalité » du sujet gestionnaire bourgeois (on pourrait donc dire que, comme « chose » empruntée ou héritée, cette « capacité » est aussi extériorisée par rapport à soi – il existe une aliénation spécifique du gestionnaire, qui pourrait bien fonder toutes les autres).

Sur la base de l'invalidation progressive des travailleurs

exploités, sur la base de ce processus engageant une mutilation, une réduction effective à une parcelle de soi, réduction qui sera même tendanciellement reproduite par le système, sociologiquement parlant (via la dévalorisation et l'invalidation des « capitaux » sociaux transmis dans l'éducation par les salariés dévalués), l'idéologie gestionnaire pourra abstractifier un effet, le figer et l'essentialiser, pour en faire une « cause » justifiant la domination, un « fondement » légitimant la domination, et pour mieux, donc, consolider la domination : ce qui est un effet de l'exploitation, soit la dislocation de soi, la dépossession du manuel par l'intellectuel, pourrait renvoyer, selon l'idéologue bourgeois, à une limitation innée des individus, à une « incapacité » de base, « incapacité » innée justifiant ainsi que l'individu exploité, et effectuant des tâches ultra-réductrices, reste exploité et mutilé. Aujourd'hui, l'idéologie « républicaine » dite de la « méritocratie », l'idéologie d'une « égalité des chances », par exemple, qui se développe sur la base d'une dimension sélective et excluante des structures sociales de formation et d'éducation, peut participer de cette abstraction obnubilante, mise au service de la reproduction des rapports de domination, et des rapports d'invalidations sociales.

5. Di Vittorio 2006, p. 55-84.

6. Foucault 2003, p. 253.

7. Foucault 1961 et 1972, (chapitre intitulé « Le cercle anthropologique ») ; Foucault 1966, (chapitre intitulé « Le sommeil anthropologique »).

Le sujet gestionnaire et calculant, le sujet de la valeur, qui est typiquement le bourgeois occidental, masculin, rationnel, anthropocentriste et « formé », devient toujours plus, au sein de la modernité capitaliste, une unité excluante qui tendra à assigner tout ce qui n'est pas lui à l'irrationalité, à la « non-culture », ou même à « l'invalidité ».

Le travail manuel exploité, « non-intellectuel », est réduit, par le gestionnaire, à une pure énergie informe que le calcul marchand doit venir valoriser et structurer, de l'extérieur. A ce titre, il est d'abord invalidé, du point de vue du rationalisme « humaniste ». En outre, d'un point de vue sadien, comme on l'a vu, les travailleurs pauvres seraient des « êtres surnuméraires », « comme des branches parasites qui, ne vivant qu'aux dépens du tronc, finissent toujours par l'exténuer » (La philosophie dans le boudoir). L'exploité est « conçu » d'abord comme vie dévaluée, ne disposant pas de ressources autonomes pour se développer et survivre.

Le fait que le travailleur exploité ne dispose pas de ses outils de travail, ni du produit final de son travail, en vertu des structures juridiques et sociales capitalistes, aggrave cette invalidation. Parce qu'il ne dispose pas de ses outils de travail, il est dépossédé également par l'organisation de son travail, qui est structurée rationnellement par un travail intellectuel séparé de lui. Parce qu'il ne

dispose pas du produit final de son travail, le sens de son activité est essentiellement négatif, celle-ci renvoie essentiellement à un fardeau, à un sacrifice de soi, à une dimension de simple survie négative. Dans ce contexte, l'individu vivant, toujours plus disloqué et spécialisé, mais qui dispose aussi a priori d'une multiplicité de potentialités et de capacités subjectives, est réduit ainsi à une parcelle de lui-même, il est proprement mutilé. Le système gestionnaire déqualifie donc très effectivement les individus exploités, et développe un processus progressif d'invalidation.

Le travail exploité par le capital productif est ainsi un travail structurellement aliéné : l'individu vivant, réduit à une parcelle de lui-même, et ne se reconnaissant pas dans son activité, dépossédé par son activité, devient proprement autre que lui-même, il est hors de lui-même. Il est très significatif que le terme d'aliénation, utilisé par Marx pour définir la situation des prolétaires dans la production, désigne également, depuis le XVII^{ème} siècle européen, un trouble mental par lequel l'individu est proprement

sans être des sujets révolutionnaires, politisent d'en bas le champ psychiatrique ouvrant l'espace d'une subjectivation – humaine, juridique, etc. – possible ? Et, par contre, peut-on oublier l'antipsychiatrie qui sublime ces corps dans un discours théorico-révolutionnaire, les instrumentalisant à n'importe quelle rationalité prophétique et fermant ainsi la possibilité d'une vraie adhésion politique à leur combat concret ? En fait, il faudrait se demander aussi si l'on a « voulu » vraiment oublier cette antipsychiatrie à l'allure excessivement théorique : après l'ivresse révolutionnaire, la « maîtrise rationnelle » de la folie s'affirme aujourd'hui sur les terrains, sous l'apparence plus sobre, des neurosciences et de la gestion managériale de la santé des populations.

Pourtant, ce dilemme n'est pas quelque chose qui trouve sa réponse au niveau théorique, s'agissant plutôt d'un enjeu. Le rapport « mémoire/oubli » est l'enjeu historique de l'antipsychiatrie, qui peut-être rebondit jusqu'à nos jours, mais qui a sans doute profondément marqué les mouvements de l'antipsychiatrie eux-mêmes. Ce sont les protagonistes de la « révolution » des années 1960 et 1970 qui ont commencé à se poser le problème de l'antipsychiatrie. N'est-ce pas la preuve d'une première tentative d'oubli, le fait que tous aient exprimé, tôt ou tard et pour des raisons certes différentes, l'envie de se débarrasser de la lourde « étiquette » ? À plusieurs reprises, Franco Basaglia a affirmé qu'il ne se considérait pas comme antipsychiatre. Peut-être la seule fois où il a utilisé le terme dans une acception positive, il l'a fait comme synonyme d'« antispécialisme »⁸. Thomas Szasz et Roland Laing ont à leur tour refusé l'antipsychiatrie. David Cooper, aussi, à un moment donné, a reconnu les confusions engendrées par le terme que lui-même avait forgé⁹. Pour sa part, Michel Foucault, dans la leçon inaugurale du cours au Collège de France de 1973-1974, a pris ses distances avec l'antipsychiatrie tout en marquant une coupure par rapport à l'Histoire de la folie¹⁰. Au-delà de cette volonté affichée d'évasion, on peut se demander s'il y a un trait commun à tous ces personnages – très différents du point de vue soit du profil intellectuel soit des expériences

8. Colucci et Di Vittorio 2005, p. 59.

9. Jervis 1977, p. 138.

10. Foucault 2003, p. 3-20.

qu'ils ont menées – et qui constituerait en revanche le « fond » de leur posture antipsychiatrique. Notre hypothèse est que ce noyau profond et commun relèverait d'un certain radicalisme théorique. Les chemins des filiations théoriques de l'antipsychiatrie étant entrecroisés et souvent contradictoires, on se bornera ici à en ébaucher un tableau très schématique. D'abord, il y a un radicalisme de matrice « antiphilosophique » dont la source est le « renversement du platonisme » opéré au XIX^e siècle par Marx, Nietzsche et Freud. Ces « héros » de la crise de la métaphysique sont devenus ensuite les « saints » des révolutions au XX^e siècle. S'établit ainsi un lien, d'une part entre l'antiphilosophie et l'antipsychiatrie, d'autre part entre les renversements théoriques et les révolutions politiques. Donc, à titre d'exemple, pour ce qui concerne Nietzsche, il imprègne via Heidegger et Bataille la mouvance antipsychiatrique de Foucault. Ce dernier, de l'Histoire de la folie à Les Mots et les Choses, reflète dans le miroir de la folie la volonté « hyper-philosophique » d'une catastrophe historique de la rationalité moderne, quitte à abandonner ce rêve, au tournant des années 1970, lorsqu'il se laisse déposséder par les gesticulations militantes des hystériques à la Salpêtrière. Pour ce qui concerne Freud, relayé par le surréalisme et par Bataille, il resurgit dans la lecture de Lacan et dans la psychanalyse d'orientation lacanienne qui, à un moment donné, s'est présentée en France comme une méthode « subversive par essence » et donc comme la seule antipsychiatrie vraiment radicale et légitime¹¹. La reprise antipsychiatrique de Freud croise en outre celle de Marx : il suffit à ce propos de faire référence au freudo-marxisme, de Reich à Marcuse jusqu'à L'Anti-Cædipe de Deleuze-Guattari, qui mériterait pourtant une analyse à part¹², mais aussi à la psychothérapie institutionnelle avec ses « deux jambes » – la jambe marxiste et la jambe psychanalytique – suivant la célèbre formule de François Tosquelles.

La phénoménologie est la deuxième source du radicalisme théorique propre à l'antipsychiatrie. Ce qui pourrait paraître en contradiction avec l'influence exercée par les maîtres du soupçon. En réalité, la phénoménologie n'est que l'autre visage de la crise de la métaphysique entamée par Marx, Nietzsche et Freud. Elle est l'extrême tentative philosophique de refonder la métaphysique – autrement dit une « science de la totalité de l'étant » – par un mouvement d'arrachement à sa tradition qui prend la forme tout à fait radicale d'un retour vers « les choses elles-

11. Castel 1981, p. 24-28.

12. Foucault 1977, p. 133-136.

L'assignation au "handicap" dans la modernité capitaliste Benoît Bohy-Bunel

Note : le terme de "valeur-dissociation" est utilisé par Scholz pour définir le patriarcat producteur de marchandises. Je m'appuie sur son théorème de la dissociation (1992) pour tenter de comprendre la valeur-dissociation de façon multidimensionnelle. Pour Scholz, néanmoins, la dissociation patriarcale se situe à un "méta-niveau", ce qui la distingue radicalement (du racisme, par exemple). Je développe une discussion autour de ce sujet précis dans d'autres articles.

UNE DISSOCIATION QUI AFFECTE TOUS LES CHAMPS DE LA DOMINATION

De façon spécifique, le validisme, dit aussi « capacitisme », est une forme de domination impersonnelle que les personnes assignées à un « handicap » (physique ou psychique, visible ou invisible) subissent. Le système social validiste moderne définira une norme sociale fortement excluante : l'individu « normal », ou normé, sera l'individu « capable », « compétent », « formé », ou « rationnel ». Les personnes ne correspondant pas à cette norme devront tenter de s'y conformer, ou seront structurellement isolées, marginalisées, ou encore soumises à des infériorisations sociales et économiques, symboliques et matérielles.

Mais avant d'envisager la question spécifique du « handicap », on peut d'abord constater que la structure rationaliste-validiste affecte tous les champs de la domination. Il y aura une notion large de la domination validiste, et une notion restreinte. L'une et l'autre se complètent et s'éclairent mutuellement, si bien qu'il faut envisager l'une et l'autre pour comprendre le système capacitiste de domination moderne. Intéressons-nous d'abord à la notion large de validisme.

Le moment décisif du mouvement pour la neurodiversité a peut-être eu lieu il y a trois ans, lorsque le journaliste Steve Silberman a publié "Neurotribus", un livre sur l'histoire de l'autisme écrit dans une perspective de neurodiversité. Peu de temps avant sa publication, Steve Silberman a écrit une tribune libre cinglante pour le Los Angeles Times, critiquant Autism Speaks pour ses recherches sur la génétique et un remède à l'autisme, plutôt qu'une vague chose qu'il a appelée "recherche sur la qualité de vie". Il a également cité la plainte déposée de longue date par le mouvement de la neurodiversité contre l'organisation, selon laquelle son conseil d'administration ne compte pas de véritables autistes.

Peu de temps après, Autism Speaks, qui n'avait jamais répondu auparavant aux partisans de la neurodiversité, a publié une réponse sur son site web, citant tout le bon travail qu'elle a accompli. Elle a ensuite modifié sa déclaration de principe, n'utilisant plus les mots "soigner" ou "prévenir". Elle a nommé à son conseil d'administration deux personnes autistes qui s'opposent à un traitement de l'autisme. Bien qu'autistes, ces deux nouveaux directeurs ont pu écrire des livres, se marier et obtenir des doctorats.

Le problème évident de la domination croissante du mouvement de la neurodiversité est que les personnes les plus gravement touchées par l'autisme ne sont souvent pas en mesure de faire pression. Les parents d'enfants sévèrement autistes peuvent aspirer à une guérison, mais ils n'ont pas le temps de partir en croisade. S'occuper d'une personne handicapée prend énormément de temps.

Le fait que le mouvement de la neuro-diversité exerce aujourd'hui une telle influence me préoccupe beaucoup. Je crains qu'il n'empêche la recherche scientifique qui pourrait m'aider et aider d'autres personnes plus gravement atteintes. J'espère qu'il y aura une réaction contre ce mouvement et que les gens comprendront avant qu'il ne soit trop tard.

mêmes ». De ce point de vue la phénoménologie se prolonge dans une dimension « éthique », dont la méthode de l'époché est à la fois le présupposé et la ligne de fuite, qui mine de l'intérieur sa démarche théorique. Disons alors que la phénoménologie est une antiphilosophie qui s'exprime comme une volonté de refondation radicale de la métaphysique ou bien une volonté de métaphysique qui tend à se (dé)construire elle-même comme un ethos philosophique. Le noyau dur de la phénoménologie se constitue autour de Husserl, Jaspers, Heidegger et de la réélaboration de ces auteurs opérée en France par Maurice Merleau-Ponty et Jean-Paul Sartre. Via la psychiatrie anthropophénoménologique – Jaspers lui-même, la Daseinsanalyse de Binswanger, Minkowski –, ce noyau de radicalisme théorique s'installe, à cheval entre les années 1950 et 1960, au cœur de la démarche des psychiatres Roland Laing (Le Moi divisé) et Franco Basaglia (Écrits 1953-1968)¹³ qui fondent leur approche sur le refus de l'« incompréhensibilité » de l'expérience schizophrénique. Comme dans les cas de la postérité antipsychiatrique de Nietzsche et de Freud, le rebondissement politique de la psychiatrie phénoménologique et existentielle est au rendez-vous de l'histoire. La tentative de marier Husserl avec Marx – ce qui souvent signifie : où Husserl cogne contre les limites de la théorie, c'est à Marx qu'il faut s'adresser pour commencer à transformer le monde – pose les bases pour le basculement vers un discours fort politisé et qui prône le passage à l'acte transformateur. Dans le cas de Basaglia, qui entre-temps a commencé à transformer l'hôpital de Gorizia suivant le modèle de la communauté thérapeutique de Maxwell Jones, ce passage s'est fait aussi par une critique impitoyable de l'inertie pratico-politique des psychiatres phénoménologues. Basaglia exprime une condamnation sans appel de l'alibi théorique que la phénoménologie offre aux médecins qui ne veulent rien changer à la réalité asilaire. En outre Laing et Cooper, en 1964, consacrent leur livre intitulé Reason and Violence à l'œuvre de Sartre de 1950 à 1960 qui est une référence, à la fois philosophique et politique, très importante pour Basaglia aussi.

Le radicalisme théorique, bien au-delà du cadre strictement psychiatrique, tend à s'achever dans un engagement pratique revêtu d'aspirations révolutionnaires, mais ce faisant il s'extrémise dans la mesure où il s'en-

13. Basaglia 1981-1982, vol. I ; voir aussi Colucci et Di Vittorio 2005, p. 13-56.

tend comme la traduction immédiate des idées dans la réalité. La théorie, plutôt que de disparaître simplement, commence à informer de l'intérieur la praxis politique qui se trouve par conséquent « armée » par un « surplus » de violence proprement théorique (du genre de la « nécessité historique » à laquelle font appel les prophètes de la révolution). Dans ce contexte, il est arrivé aussi aux fous de devenir les petits soldats d'une révolution dont ils étaient à la fois les dépositaires de vérité et les acteurs politiques. L'antipsychiatrie anglaise, dont les idées ont été diffusées en France par des psychanalystes d'orientation lacanienne tels Roger Gintis et Maud Mannoni¹⁴, n'a fait rien d'autre que de porter aux extrêmes conséquences cette « fusion » de la théorie et de la politique : les vrais malades ne sont pas les fous, mais les bien-portants, en fait aliénés par les conditions de vie de la société bourgeoise ; il faut donc apprendre des fous à devenir des hommes libres¹⁵. Dire qu'il s'agit là d'une « caricature » n'arrive pourtant pas à évacuer la puissance de cette position théorico-politique qui a eu une forte pénétration et une extension très large dans les années 1960 et 1970. La question est autre : investir les fous d'une subjectivité révolutionnaire ne revient pas nécessairement à écouter les internés affirmant leur subjectivité, disant leur vérité et faisant appel à leurs droits. On ne peut pas réduire l'antipsychiatrie à cet extrémisme théorico-politique pour la simple raison qu'on a assisté, à la même époque, à un autre phénomène : les témoignages des internés qui ont suivi comme une note de basse la naissance et les développements de la psychiatrie, sont finalement reconnus dans leur contenu politique et deviennent la base d'un programme de transformation institutionnelle et de combat pour la conquête de droits civils et sociaux. Les années 1960 et 1970 ont été aussi les années où l'on est arrivé à reconnaître les internés comme les vrais militants de l'antipsychiatrie, ce qui a impliqué une « dépossession » radicale du « sujet de la connaissance » jusque sur le terrain du militantisme pratico-politique dans laquelle il s'est plongé. Il s'agit donc de l'apparition de ce qu'on pourrait appeler un radicalisme éthique. Celui-ci ne peut pas être considéré encore et simplement comme relevant de l'antipsychiatrie, car il passe par une « crise » profonde du sujet théorico-politique et consiste finalement dans la reconnaissance que la position de vrais militants de l'antipsychiatrie est occupée par les internés eux-mêmes.

C'est peut-être à ce niveau-là qu'il faut situer l'« originalité » de la démarche de Franco Basaglia, une originalité qui a pourtant affaire aussi à la situation littérale-ment explosive de la psychiatrie en Italie, très

14. Gintis 2005.

15. Sabbadini 1973, p. 59-73.

droit des États-Unis. D'autres sont des professeurs d'université. Beaucoup d'entre eux n'ont jamais suivi d'enseignement spécialisé, comme je l'ai fait. Un bon nombre d'entre eux sont mariés et ont des enfants. Pas étonnant qu'ils ne pensent pas avoir besoin de traitement.

Ils ne semblent pas non plus penser qu'ils ont besoin de la moindre courtoisie. Dans leur croisade contre les traitements et la discrimination, ces personnes sont souvent moins que cordiales envers ceux qui ne sont pas d'accord avec elles. Ils assimilent souvent leurs opposants aux nazis. Les parents d'enfants autistes qui cherchent un traitement sont accusés de ne pas aimer leurs enfants. Le mouvement soutient que les autistes, comme moi, qui désirent un traitement ont appris de leurs parents et de la société à se haïr eux-mêmes. Ils protestent contre les démarches de collecte de fonds organisées par Autism Speaks, (une association caritative qu'ils détestent) et harcèlent régulièrement ses partisans. Ils ont comparé Autism Speaks au Ku Klux Klan.

Il y a moins de dix ans, le mouvement de la neurodiversité n'était considéré que comme une secte dont les idées étaient en parfaite marge. Cela a changé. En relativement peu de temps, ils ont fait d'énormes progrès.

Aux États-Unis, une loi a été adoptée par le Congrès pour aider les personnes autistes et leurs familles. Elle a été appelée "Combating Autism Act". Les partisans de la neuro-diversité étaient scandalisés par l'idée d'être "combattus", alors ils se sont mis à utiliser Twitter en masse et ont lancé le hashtag #Don'tCombatMe. Nombre d'entre eux ont écrit à leurs députés et sénateurs. En conséquence, le gouvernement américain a changé le nom de la loi pour celui de Autism CARES (Autism Collaboration, Accountability, Resources, Education and Support) Act, moins offensant. Le gouvernement américain a également créé un organisme appelé IACC (Interagency Autism Coordinating Committee), qui conseille désormais le gouvernement fédéral sur la politique en matière d'autisme. Il comprend des membres du grand public qui s'intéressent à l'autisme. La loi exige que deux personnes autistes siègent à cet organisme et, à ce jour, sept autistes pro-neurodiversitaires et opposés à la guérison ont été nommés. Aucun autiste anti-neurodiversité pro-soins n'a été choisi pour siéger à ce conseil, bien que deux aient été nommés mais refusés.

le terme "neurodiversité". Le mouvement s'oppose à un remède pour l'autisme parce que pourquoi faudrait-il guérir quelque chose qui n'est qu'une autre façon valable d'être humain ?

Certains partisans du mouvement pour la neurodiversité ne croient pas du tout que l'autisme soit un handicap. D'autres reconnaissent que l'autisme est un handicap, mais font la différence entre le modèle médical du handicap et le modèle social du handicap. Le modèle médical du handicap affirme que les personnes sont handicapées parce qu'elles ont une condition médicale intrinsèque. Le modèle social du handicap stipule que les personnes sont handicapées parce que la société ne les accueille pas suffisamment bien. Par exemple, il peut y avoir un manque de rampes d'accès pour les fauteuils roulants, ou des avis qui ne sont pas en braille.

De nombreux parents d'autistes et certaines personnes autistes elles-mêmes (dont moi-même) ont exprimé le souhait de voir l'autisme soigné. Cela suscite l'indignation des partisans de la neurodiversité. Ils assimilent un remède à l'autisme à l'eugénisme et au génocide. Les recherches ont montré que l'autisme a une importante composante génétique et ceux qui soutiennent la neurodiversité citent les avortements sélectifs des grossesses du syndrome de Down. Ils insistent sur le fait que l'objectif de la recherche génétique sur l'autisme est de mettre au point un test prénatal pour faire avorter les fœtus autistes. Le seul remède dont nous avons besoin, disent-ils, est de mettre fin à la discrimination, ce qui résoudrait, ou du moins atténuerait grandement, les difficultés et les mauvais résultats qui accompagnent l'autisme.

Beaucoup de membres de la communauté neurodiversité se disent autistes et parlent au nom des autres membres du spectre. Ils utilisent ce qu'un de mes amis a appelé "le nous royal". Ils affirment que "nous" ne voulons pas être guéris, comme si nous ressentions tous la même chose. Mais en fait, ils sont très différents de la majorité des autistes. Beaucoup de personnes autistes ne savent ni parler ni utiliser un ordinateur. Ils ne peuvent pas s'opposer à la "neurodiversité" parce qu'ils ne peuvent pas exprimer leur position. Ils sont trop handicapés, pourrait-on dire. Dans le groupe plus large des autistes, il y a un rapport de 4:1 entre les hommes et les femmes autistes, mais la majorité des partisans de la neurodiversité sont des femmes. Beaucoup d'entre eux n'ont pas de handicap manifeste. Certains d'entre eux sont des avocats diplômés des meilleures écoles de

arriérée par rapport à d'autres pays tels l'Angleterre et la France¹⁶. La transfiguration chez Basaglia du radicalisme phénoménologique dans un engagement pratique et politique de plus en plus poussé est un processus complexe qui s'entame à Gorizia et qu'on a essayé de reconstruire¹⁷. On pourrait pour conclure montrer que l'originalité de ce processus consiste dans l'introduction d'une « césure » ou d'un « intervalle » éthique qui suspend à jamais et met en perte la possibilité pour le sujet de la connaissance de garder ou de reconduire sa « maîtrise » dans le passage de la phénoménologie à la politique. Dans un entretien de 1977, Cooper affirmait que pour les psychiatres il n'y a que deux alternatives : « ou bien ils se suicident, ou bien il faut les tuer ». Il se peut au contraire que l'originalité de l'expérience de Basaglia consiste en ceci qu'il a été en quelque sorte le « suicidé des internés ». Paradoxe qu'il faut essayer d'expliquer. En 1964, Basaglia avait commencé son intervention au premier Congrès de psychiatrie sociale à Londres en citant la Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous publiée en 1925 dans La Révolution surréaliste :

Puissiez-vous vous en souvenir demain matin à l'heure de la visite, quand vous tenterez sans lexique de converser avec ces hommes sur lesquels, reconnaissez-le, vous n'avez d'avantage que celui de la force¹⁸.

La question de la « force de la folie » anéantie par le dispositif asilaire est tout à fait centrale dans la démarche de Basaglia. Dans l'asile de Gorizia il rencontre le « parfait interné », le malade complètement assujéti à l'autorité des infirmiers et des médecins. Lorsqu'il est transformé en un corps docile, simple rouage de la machine asilaire, « sa folie aura perdu toute sa force »¹⁹. Libérer le malade signifie avant tout le laisser libre d'exprimer souverainement sa folie. C'est pourquoi Basaglia considère que la seule manière de rompre avec le dispositif asilaire est d'« investir sur l'agressivité individuelle »²⁰. Il ne s'agit pas du tout d'une prise de position théorique ou idéologique, mais plutôt d'un geste concret visant la production d'un « surplus » de force. Pour « soulever » le pouvoir psychiatrique il faut trouver le juste levier, et celui-ci est l'agressivité des internés. Leur délire se pose donc comme la ressource tactique fondamentale pour mettre en place une

16. . Colucci et Di Vittorio 2005.

17. Ibid.

18. Basaglia 1964, p. 249.

19. Basaglia 1965a, p. 269.

20. Basaglia 1964, p. 257.

contre-manoœuvre par rapport aux tactiques disciplinaires du dispositif asilaire : le premier noyau de la communauté thérapeutique expérimentée à Gorizia pour réformer l'hôpital fut réalisé dans le pavillon des « agités », les malades les plus agressifs. Acte manqué de Basaglia²¹ ? Comme on le sait en effet, l'agressivité des malades constitue le dernier obstacle au bon fonctionnement, libéral et démocratique, de la Communauté thérapeutique. Au cas où se manifestent des comportements violents, l'autorité latente du médecin doit resurgir afin de rétablir la paix dans la communauté. Basaglia se conduit donc de manière fort maladroite du point de vue de la rationalité modernisatrice qui est à la base du projet de réforme communautaire de l'asile. Il se comporte au fond comme un « mauvais manager », mais, comme on le verra tout de suite, son acte manqué sera l'acte parfaitement réussi... des internés !

L'invective contenue dans la Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous est donc reprise dans le cadre d'une crise historico-politique du dispositif asilaire. Pourtant Basaglia ajoute un élément important à sa stratégie d'investissement sur le délire comme dernier réservoir de la « singularité » des internés et comme force « antithétique » par rapport à l'emprise que l'asile exerce sur eux.

L'agressivité, celle qui était expression de la maladie, mais surtout de l'institutionnalisation et qui de temps à autre rompait l'apathie, fait place chez beaucoup de patients à une nouvelle agressivité, surgie d'un sentiment obscur qui va bien au-delà de leurs délires singuliers, le sentiment d'être injustement considérés comme non humains du simple fait d'être internés dans un asile. [Par] cette agressivité qui dépasse la maladie, l'interné découvre son droit à une vie humaine²².

Autrement dit l'interné découvre son droit singulier à sortir de l'enfer et à rentrer dans un espace historico-politique où faire entendre sa voix, où dire sa vérité, où exiger ses droits. En même temps, c'est la reconnaissance de cette « insurrection » qui en fait un sujet politique possible. L'originalité de Basaglia est de l'ordre d'un redoublement de ce genre : à la reconnaissance de la force de subjectivation du délire s'ajoute la reconnaissance

21. Di Vittorio 2005, p. 133-154.

22. Basaglia 1968, p. 130-131.

Traduction de *The danger of "neurodiversity"* Jonathan Mitchell

Je suis un Américain touché par le handicap de l'autisme. Enfant, je suis allé dans des écoles spécialisées pendant huit ans et j'ai un comportement d'autostimulation pendant la journée qui m'empêche de faire grand-chose. Je n'ai jamais eu de petite amie. J'ai de mauvais problèmes de coordination motrice qui nuisent grande-

ment à ma capacité d'écrire à la main et d'effectuer d'autres tâches. J'ai également des problèmes de sociabilité et il m'arrive de dire et de faire des choses inappropriées qui dérangent. J'ai été licencié de plus de 20 emplois pour avoir fait des erreurs excessives et pour des problèmes de comportement avant de prendre ma retraite à l'âge de 51 ans.

D'autres personnes autistes ont des troubles plus graves que moi. Les personnes les plus atteintes ne peuvent parfois pas parler. Elles se salissent, font des ravages et cassent des choses. Je les ai connues en train de mâcher des objets et de s'automutiler. Ils ont besoin de soins tout au long de leur vie.

Dans ces conditions, toute personne raisonnable pourrait-elle penser que l'autisme n'est pas une affection ? Une personne attentionnée pourrait-elle essayer d'empêcher les malades de chercher un remède ? Le bon sens dicte que la réponse devrait être non. La réalité est que la politique identitaire est devenue si dérangée qu'il existe un groupe de personnes (ici et au Royaume-Uni) qui cherchent à empêcher les personnes autistes d'obtenir de l'aide, pour des raisons absurdes, qu'il est insultant de suggérer qu'elles en ont besoin.

Ce mouvement est appelé "mouvement de la neuro-diversité" et ses principes stipulent que l'autisme n'est pas une maladie ou un trouble du cerveau, mais plutôt une forme alternative de câblage cérébral. Les partisans de la "neurodiversité" estiment qu'être autiste, c'est simplement être différent - comme être noir par opposition à être blanc, être une femme plutôt qu'un homme, ou être gay plutôt qu'hétérosexuel. D'où

par exemple), ce qui suppose de correspondre à certaines normes sociales de comportement (présentation de soi, mode de vie, socialisation...). L'existence de personnes perçues comme « folles » remet en cause l'idée de responsabilité individuelle et de rationalité commune, des mythes au fondement des sociétés libérales et « méritocratiques ». Les personnes neuroatypiques peinent souvent à savoir quels comportements adopter en société ou à les adopter d'une façon suffisamment convaincante. Pour cette raison, leur présence est difficilement tolérée par le reste de la société. La séparation, simple et binaire, entre les « normaux » et les « fous », la déshumanisation et la culpabilisation de ces derniers, permet d'apaiser l'inquiétude ressentie par la personne lambda, de la rassurer sur le fait que la « folie » est une question de volonté ou de faiblesse individuelle.

de la portée « politique » de cette force de subjectivation. En 1965, lorsqu'il analyse toutes les contradictions émergées dans l'expérience de la communauté thérapeutique à Gorizia, il conclut :

Un patient qui de façon intuitive avait compris la situation m'a dit : « vous pouvez nous faire aussi l'hôpital en or, nous resterons à jamais des ennemis : vous restez celui qui est bien portant, moi celui qui est malade. »

Le malade synthétise ainsi les contradictions de l'expérience réformatrice, mais cette synthèse « naïve » est en réalité une prise de position très dure à l'intérieur de la crise historico-politique en cours à Gorizia. Une crise radicale car elle investit autant le vieux dispositif asilaire répressif que la nouvelle organisation communautaire démocratique. Basaglia s'aperçoit tout de suite que cette prise de parole, du point de vue de la réforme qu'il est en train de réaliser, représente un « lapsus » fatal et en effet il reçoit la phrase de l'interné comme une « déclaration de guerre »²³.

Son geste est à la fois simple et risqué : il assume la parole « infâme » de l'interné, non pas seulement comme l'expression souveraine de sa folie, mais aussi et en même temps comme un appel politique. Avant de reconnaître l'interné – par un élargissement juridique, médical, social de la « reconnaissance »²⁴ – comme un être humain, un malade comme les autres, un sujet de droit, un citoyen, etc., il le reconnaît comme le porteur d'une souveraineté antithétique à celle de l'asile et comme le vrai adversaire qui ouvre un champ de bataille dans la psychiatrie. Les premiers effets de cet état de belligérance sont l'invasion et la colonisation du discours de Basaglia par les paroles infâmes des internés qui sortent de l'ombre. En d'autres termes, on assiste à un processus de « méconnaissance » radicale, non pas seulement du sujet de la psychiatrie, mais aussi du sujet de l'antipsychiatrie. Quelle réponse peut-on donner à cet adversaire qui a déclaré la guerre au pouvoir psychiatrique ? Quel est son combat ? Il s'agit certes d'un combat pour la liberté et pour la dignité humaine, pour la reconnaissance juridique, pour l'accès aux droits, etc. Il s'agit donc d'un combat « juste », car il vise les excès du pouvoir psychiatrique et c'est pourquoi Basaglia – de manière tout à fait légitime,

23. Basaglia 1965b, p. 292-293.

24. On fait ici référence au débat sur la « théorie de la reconnaissance » développé par A. Honneth, C. Taylor et J. Habermas.

mesurée, rationnelle – renverse le mandat social qui en fait un allié des « bien-portants » contre les « malades » et devient un allié des internés dans leur combat politique. Pourtant, si l'on observe les choses de plus près, on remarque que c'est aussi un combat « radicalement » politique : la déclaration de guerre de l'interné ne vise pas seulement l'asile, mais aussi n'importe quelle stratégie de « réforme » de l'asile. L'hôpital en or – la « cage d'or » dira à plusieurs reprises Basaglia, preuve que son discours a été effectivement colonisé par les paroles guerroyantes des internés – est précisément la communauté thérapeutique expérimentée à Gorizia. L'acte manqué de Basaglia – investir sur la force de la folie bien que celle-ci puisse entraîner la crise de son expérience de réforme – s'avère un acte réussi au moment où l'interné dit qu'il faut aller au-delà de la réforme et atteindre la destruction de l'hôpital psychiatrique comme dispositif « d'exception ». Le lapsus de Basaglia – la parole « obscure » de l'interné qui prend la place du discours « éclairé » du réformateur – n'est rien d'autre que la réussite de son acte manqué. C'est une situation sans retour : la parole de l'interné a rendu définitivement subversif le réformisme maladroit du médecin.

Ce que l'interné dit à Basaglia, ce que Basaglia entend dans l'adresse de l'interné est que le dépassement d'un projet de simple réforme de l'asile est la condition préalable et incontournable d'une alliance politique. L'expérience commencée dans l'asile de Gorizia a conduit en Italie à une loi de réforme, la loi 180 de 1978 qui a sanctionné non seulement l'abolition des hôpitaux psychiatriques, mais aussi l'élimination du jugement de « dangerosité » des malades mentaux, jugement avec lequel des sociétés libérales et démocratiques continuent à déclarer la guerre à la folie. Au fond c'est ça que l'interné dit à Basaglia : jusqu'à ce que tu sois le bien portant et moi le malade – le malade enseveli dans l'asile, marqué par l'asile à cause de sa dangerosité – nous serons en guerre. La loi 180 est une réforme « radicale » car en elle résonnent les cris de la bataille et l'on peut encore entendre les voix guerroyantes des internés. Ces voix que nous devons nous efforcer de ne pas oublier et peut-être accueillir aujourd'hui d'où elles surgissent.

(selon une définition restrictive de ce que signifie être fort, être intelligent...).

PSYCHOPHOBIE ET VALIDISME

La psychophobie est une forme de validisme portant sur le handicap psychique/cognitif. C'est notamment le fait de considérer comme « inférieures » les personnes ayant ce type de handicap, de trouver légitime de les traiter moins bien ou de leur accorder moins de droits.

La psychophobie peut porter sur des personnes ayant des atypies diagnostiquées (schizophrénie, autisme...) mais aussi sur des comportements.

Par exemple, certaines formes de socialisation seront préférées à d'autres. Ainsi, socialiser en face à face, en respectant les conventions sociales, avec la « bonne » gestuelle, les « bonnes » conventions » et la « bonne » proximité à l'autre est jugé préférable à une socialisation sur les chats et les réseaux sociaux.

La psychophobie repose sur l'idée qu'il y aurait un idéal de comportement à adopter, en particulier lorsque l'on se trouve en société. Cet idéal n'a souvent pas grand chose de réfléchi et correspond simplement à ce qui convient au mieux pour une majorité de personnes. Les neuroatypiques, qui ont quant à eux un fonctionnement hors norme, trouveront bien difficile d'adopter ce type de comportement. Soit parce qu'ils en sont incapables, soit parce que cela leur est émotionnellement douloureux, ou leur paraît absurde. Les neuroatypiques sont donc ceux qui subissent le plus de psychophobie, même si les neurotypiques peuvent eux-mêmes souffrir du degré de normativité de la société.

Le validisme est intimement lié au capitalisme et au libéralisme. Dans un système capitaliste, la « valeur travail » et la productivité sont essentiels au fonctionnement du système. Les personnes moins productives ou incapables de travailler seront donc considérées comme ayant moins de valeur.

Dans un système libéral, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle et sur la capacité à « se vendre » sur le marché (pour obtenir un emploi

Un nombre important de neuroatypiques ne se considèrent pas comme malades. Un nombre important se considèrent comme tel mais souffrent de la méconnaissance, de la vision archaïque et de la stigmatisation des « malades mentaux ».

Dans ce contexte, utiliser le terme de « neuroatypie » peut être utile, parce que ce terme est plus englobant et moins stigmatisant.

LA NEUROATYPIC EST-ELLE SYNONYME DE HANDICAP ?

Selon la définition donnée par la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Comme maladie, le mot « handicap » est lui aussi polysémique. Dans la définition ci-dessus, une relation de cause à effet est faite entre une « altération » et une « restriction d'activité ». L'altération désigne un changement négatif, une dégradation de la santé (donc une pathologie, au sens classique).

D'autres visions mettent au contraire l'accent sur la dimension sociale du handicap. Dans ce sens-là, est handicapé celui qui connaît une restriction de vie à la société en raison d'une différence à la norme et d'une absence d'adaptation de la société à cette différence. Avec cette définition, on retombe sur le concept très large de neuroatypie puisque toute différence importante pour laquelle aucune adaptation n'est prévue engendre un handicap. La notion de handicap permet de plus de souligner le rapport de pouvoir asymétrique entre personnes handicapées et personnes valides.

On parle de « validisme » pour désigner les discriminations, violences, préjugés... envers les handicapés. Le validisme suppose de classer les personnes sur des échelles de valeur en fonction de leurs capacités, en accordant plus de valeur sociale et de droits aux personnes ayant davantage de capacités. Selon cette logique, il est légitime d'enfermer et d'exclure des personnes malades, moins productives, moins fortes et/ou moins intelligentes que la norme

DÉFINITION

La neuroatypie désigne un fonctionnement neurologique ou psychologique qui s'écarte de la norme.

Ce terme a d'abord été inventé par et pour la communauté autistique pour souligner le caractère profondément différent de leur fonctionnement cognitif. Il a ensuite servi à désigner toute personne s'écartant du fonctionnement neurologique ou psychologique majoritaire.

On pourrait penser que cela concerne un petit nombre de personnes, mais en réalité il s'agirait d'une personne sur 4. En effet, certaines atypies sont relativement courantes. Par exemple, on estime qu'en France qu'une personne sur 5 souffrira de dépression au cours de sa vie.

Le terme « neuroatypie » recouvre toutefois une grande hétérogénéité de fonctionnements puisqu'il désigne à la fois :

Des fonctionnements neurologiques innés comme l'autisme et des troubles psychiques plus transitoires, comme le syndrome de stress post-traumatique.

Des personnes qui se considèrent comme malades et qui souhaitent l'accès à des soins. D'autres qui se vivent avant tout comme différentes de la norme et qui souhaitent une reconnaissance de cette différence.

Il y a aussi des personnes qui se définissent comme malades, mais qui considèrent la maladie comme une part importante de leur identité.

QU'EST CE QU'UNE NEUROATYPIC ?

Il y a parmi les neuroatypiques des personnes qui ont des vies en apparence indissociables de M. Tout-le-monde (métiers, vie sociale, couple). Cependant, un tel degré d'intégration est généralement coûteux en efforts.

Il y a aussi des personnes qui vivent de l'exclusion sociale et de la stigmatisation à des degrés divers. Cela va de la personne régulièrement recalée aux entretiens d'embauche et isolée socialement jusqu'à la personne institutionnalisée contre son gré ou SDF.

Quant à la perception et l'inclusion de ces atypiques par la société, elle est très variable d'une atypie à l'autre.

Certaines personnes atypiques vont être vues et désignées par une bonne partie de la société comme folles. Le « fou » désigne dans l'imaginaire collectif une personne qui a perdu toute raison, qui peut être dangereuse pour elle-même et pour les autres. En psychologie et psychiatrie, le qualificatif de « psychotique » désigne les personnes dont les pensées et les perceptions s'éloignent fortement de la réalité (hallucinations, délires...).

Certaines personnes atypiques vont être vues avant tout comme fainéantes, lâches, faibles, capricieuses, refusant de se prendre en main... C'est souvent le cas de personnes ayant des troubles anxieux, dépressifs, des difficultés à réguler leurs émotions (trouble borderline, hypersensibilité...) ou leurs impulsions (addictions, compulsions, troubles du comportement alimentaire...).

Certaines personnes atypiques sont considérées comme des monstres froids dénuées d'empathie, manipulatrices et capables des pires calculs. Ce sont en général les personnes ayant un trouble de la personnalité narcissique et un trouble de la personnalité antisociale (sociopathe). Parfois, les personnes borderlines sont également considérées ainsi.

médecin si elle n'est pas en souffrance ou si elle ne craint pas une dégradation de son bien-être ou de son pronostic vital futur. La maladie a donc une valence négative, elle fait référence à un état de santé moins bon que la norme.

Le terme de « maladie », « pathologie » peut avoir aussi un sens statistique et désigner un écart important à la moyenne, sans que cela soit accompagné d'une valence négative. Dans ce sens là par exemple, une personne dont la taille serait supérieure à 2 mètres serait « malade » puisque très éloignée de la norme. Cependant, il est très rare que l'on utilise ce terme dans le second sens.

Les neuroatypiques ont tous un fonctionnement différent de la norme. Pour autant, rien ne permet d'affirmer a priori que tout fonctionnement hors norme est « pathologique » au sens courant. Ce peut être effectivement approprié quand la personne ressent une souffrance importante ou qu'elle a des actes qui nuisent à elle-même ou autrui. Et même ce dernier constat est à nuancer : une personne peut avoir des actes nuisibles ou souffrir, non pas en raison d'un dysfonctionnement intrinsèque, mais parce qu'elle vit dans une société ne s'adaptant pas à ses spécificités.

Il ne s'agit pas de tomber dans le relativisme, mais simplement de souligner que :

- a) Toute différence n'est pas pathologie, au sens souffrance.
- b) Un comportement peut être très nuisible et malsain. Mais considérer un fonctionnement cognitif comme nuisible en soi a rarement du sens. Il n'y a jamais une équivalence à 100% entre un type de fonctionnement cognitif et un comportement. Savoir qu'une personne est schizophrène ne me permet pas de prédire avec exactitude son comportement futur, tout juste de faire des probabilités sur celui-ci.
- c) Une maladie, un trouble... n'est pas que souffrance mais aussi changement, réorganisation. Certaines régions du cerveau peuvent être altérées ou hypofonctionnelles, des connexions entre régions peuvent être perdues... Mais du fait de la plasticité cérébrale, il y a aussi une réorganisation du cerveau, de nouvelles connexions qui se créent, de nouvelles régions qui prennent le relais... en particulier si la personne est née ainsi. Ne considérer la maladie que sous l'angle du « déficit », c'est en avoir une vision très étroite.

donnée n'est souvent pas vérifiée car on ne pense pas forcément qu'un fonctionnement « cognitif » puisse faciliter le développement de telles particularités « psychologiques ».

Certaines personnes qui développent des « troubles psy » ont des neuroatypies innées non diagnostiquées (autisme, HPI, TDAH...). Les thérapies risquent d'échouer pour ces personnes, puisqu'elles ne sont efficaces et pertinentes que pour les neurotypiques. Par exemple, supposons qu'une personne autiste veuille suivre une thérapie pour l'anxiété sociale. Le thérapeute va lui expliquer que sa peur des autres est infondée et l'accompagner pour qu'elle aille petit à petit vers les autres. Mais la peur de la personne autiste n'a rien d'infondé. Sa grande difficulté à socialiser comme les neurotypiques est remarquée par ceux-ci, qui y réagissent souvent par de l'exclusion et de la moquerie. Aller vers les autres est donc un conseil contreproductif pour une telle personne.

Tout fonctionnement cognitif peut avoir des conséquences psychologiques.

Tout fonctionnement psychologique implique le cerveau. Il n'y a pas de raison aujourd'hui de postuler l'existence d'une « âme ».

POURQUOI PARLER DE NEUROATYPIE PLUTÔT QUE DE TROUBLES PSY OU DE PATHOLOGIES ?

Historiquement, dans de nombreuses cultures on a séparé ce qui relevait du corps et ce qui relevait de l'âme. Pour cette raison, beaucoup de personnes neuroatypiques ne sont pas prises au sérieux quand elles évoquent leur maladie parce que « c'est dans la tête ». On peut aussi souligner que traiter quelqu'un de « malade mental », est un terme très stigmatisant. [A noter que les personnes handicapées physiques sont également rabaisées et discriminées dans notre société]

La maladie psy serait-elle alors différente de la maladie somatique ?

C'est une question complexe qui nécessiterait déjà de bien définir ce qu'est une « maladie ». Au sens courant, il s'agit d'une altération de la santé qui généralement cause une souffrance ou un risque pour la santé dans le présent ou le futur. En effet, aucune personne ne va consulter son

Certaines personnes sont vues par la société selon le prisme du handicap. Ce handicap peut toucher une sphère de la vie/du comportement (par exemple, la dyslexie qui est un trouble de la lecture). Ou bien le handicap est plus important et devient la définition sociale de l'individu (dans le cas de la déficience intellectuelle, de la trisomie...). La vision que la société porte sur le handicap est généralement éloignée du regard que les personnes effectivement handicapées portent sur elles-mêmes.

Certaines neuroatypies sont au contraire perçues de façon favorable par la société. C'est le cas du haut potentiel intellectuel (HPI). Mais il y a là aussi un écart entre les représentations sociales du HPI et la réalité du vécu des personnes qui ont cette atypie.

Ce tour d'horizon permet de comprendre que tous les neuroatypiques ne sont pas perçus pareillement par la société, ne sont pas logés à la même enseigne et n'ont pas les mêmes besoins. Il existe une hiérarchie faite par la société qui considère le degré auquel la personne s'éloigne du fonctionnement « normal ».

Il faut souligner également que ces perceptions sociales sont mouvantes. Ainsi l'autisme par exemple était considéré (et l'est toujours, par certains psychanalystes) comme une « psychose ». Il est davantage vu aujourd'hui comme un handicap.

La grande majorité des neuroatypiques ont comme plus petit dénominateur commun d'avoir été perçues comme différentes et d'avoir fait face à des réactions de rejet ou d'exclusion. Ou du moins d'avoir dû mettre en place une quantité considérable d'efforts et de stratégies pour masquer leur différence.

Pour y voir plus clair parmi ces fonctionnements multiples et hétérogènes et parce que le terme de « neuroatypique » était historiquement associé aux luttes pour les droits des autistes, des personnes psychiatisées ont créé le concept de « psychoatypique ».

La psychoatypie renverrait à des particularités psychiques acquises (troubles anxieux, dépression, troubles du comportement alimentaires...), qui sont souvent vécues comme de véri-

tables maladies qui font souffrir intrinsèquement. Ces atypies « acquises » seraient les plus dépendantes des événements de vie comme la négligence/maltraitance parentale, le harcèlement scolaire, l'exclusion sociale, les mauvaises conditions de vie (précarité, racisme...), les abus sexuels... Les psychoatypies seraient « soignables ».

Le neuroatypie concernerait davantage des fonctionnements cognitifs innés fortement influencés par les gènes. Ces fonctionnements peuvent influencer le de la personne dans sa personnalité, ses centres d'intérêt, sa façon de réfléchir et voir le monde, sa façon de nouer des relations... Au point que vouloir la « soigner » a peu de sens, d'abord parce que ce n'est souvent pas soignable, ensuite parce que la personne s'est construite avec son atypie et enfin parce que la personne ne se ressent souvent pas comme malade. Parmi les neuroatypies, on met classiquement l'autisme, le HPI, le TDAH, les troubles dys...

Ces catégories sont utiles mais rencontrent elles aussi leurs limites. La schizophrénie par exemple est-elle une neuroatypie ou une psychoatypie ? Elle est fortement influencée par les gènes, elle implique un fonctionnement cognitif distinct et identifiable avec des techniques d'imagerie. Elle est souvent chronique. D'autre part, elle est classée parmi les pathologies psychiatriques et nombreux sont les schizophrènes qui se perçoivent comme malades.

Ces 2 concepts de neuroatypie et psychoatypie ont pour mérite de souligner que les besoins sont très différents d'une atypie à l'autre. Classiquement, le mouvement de la neurodiversité, qui est surtout composé d'artistes, a œuvré pour que l'autisme soit considéré comme une différence et non pas un handicap intrinsèque ou une maladie. D'autres militants atypiques ne rejettent pas le concept de trouble ou de maladie, mais ils contestent plutôt les définitions que l'on donne à ses termes, la moindre valeur et la privation de droits que l'on réserve aux personnes malades.

On peut souligner aussi que cette division entre psychoatypies et neuroatypies repose implicitement sur une distinction ancienne entre l'esprit et l'âme. Cette distinction perdure encore aujourd'hui dans les disciplines académiques et les thérapies. Il y a d'une part les neurologues, les neuropsychologues et les psychologues cognitivistes qui sont spécialisées

dans la cognition et le (dys)fonctionnement cérébral. D'autre part, les psychologues et les psychiatres qui sont spécialisés dans l' « âme ».

Cette division des tâches n'est pas totalement dénuée de fondements. Comme présenté plus haut, certaines atypies s'accompagnent de particularités, lésions, fonctionnements, développement cérébraux... clairement identifiables. On sait par exemple depuis longtemps que les symptômes de la maladie de Parkinson sont causés par la dégénérescence de neurones dopaminergiques.

D'autres atypies au contraire semblent bien plus « psychologiques ». Elles se développent à partir d'événements de vie difficiles et traumatisants et elles impliquent des schémas de pensée différents. Par exemple, beaucoup de « troubles de la personnalité » se développent suite à des carences d'attachement dans l'enfance. Les thérapeutes peuvent alors réaliser un travail avec la personne pour qu'elle modifie ses schémas de pensée.

Cependant, opposer aussi distinctement esprit et âme a aussi des aspects très problématiques.

Tout d'abord, parce que l'on a tendance classiquement à penser que la neurologie concerne uniquement les aptitudes cognitives (mémoire, raisonnement, attention...) tandis que la psychologie concerne uniquement les émotions. D'où le fait que les neuroatypiques seront davantage considérés comme « handicapés » et les psychoatypiques comme « fous ». Les exemples ci-dessous montrent que cela n'a rien de si évident.

Certaines particularités cérébrales liées à la schizophrénie sont nettement identifiées. Mais les personnes schizophrènes relèvent encore de la psychiatrie, parce que les symptômes les plus visibles de la schizophrénie (hallucinations, délires...) sont vues comme des « perturbations de l'âme », un signe de « folie ».

Les personnes TDA/H (trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité) sont perçues avant tout comme ayant un fonctionnement cognitif altéré (au niveau de l'attention, la mémoire de travail, les fonctions exécutives...). Pourtant, le TDA/H induit aussi des particularités émotionnelles et psychologiques (hypersensibilités, difficulté dans la régulation des émotions, dans la gestion de la frustration, anxiété, tendance aux addictions...). De plus, beaucoup de personnes qui ont des atypies « psychologiques » comme le trouble oppositionnel avec provocation, des addictions, des troubles anxieux, le trouble borderline, la bipolarité... Sont des personnes qui présentent depuis leur enfance un TDA/H. Cette