

MICRURUS

CONTRE LA MÉDECINE[®]
ET SON MONDE



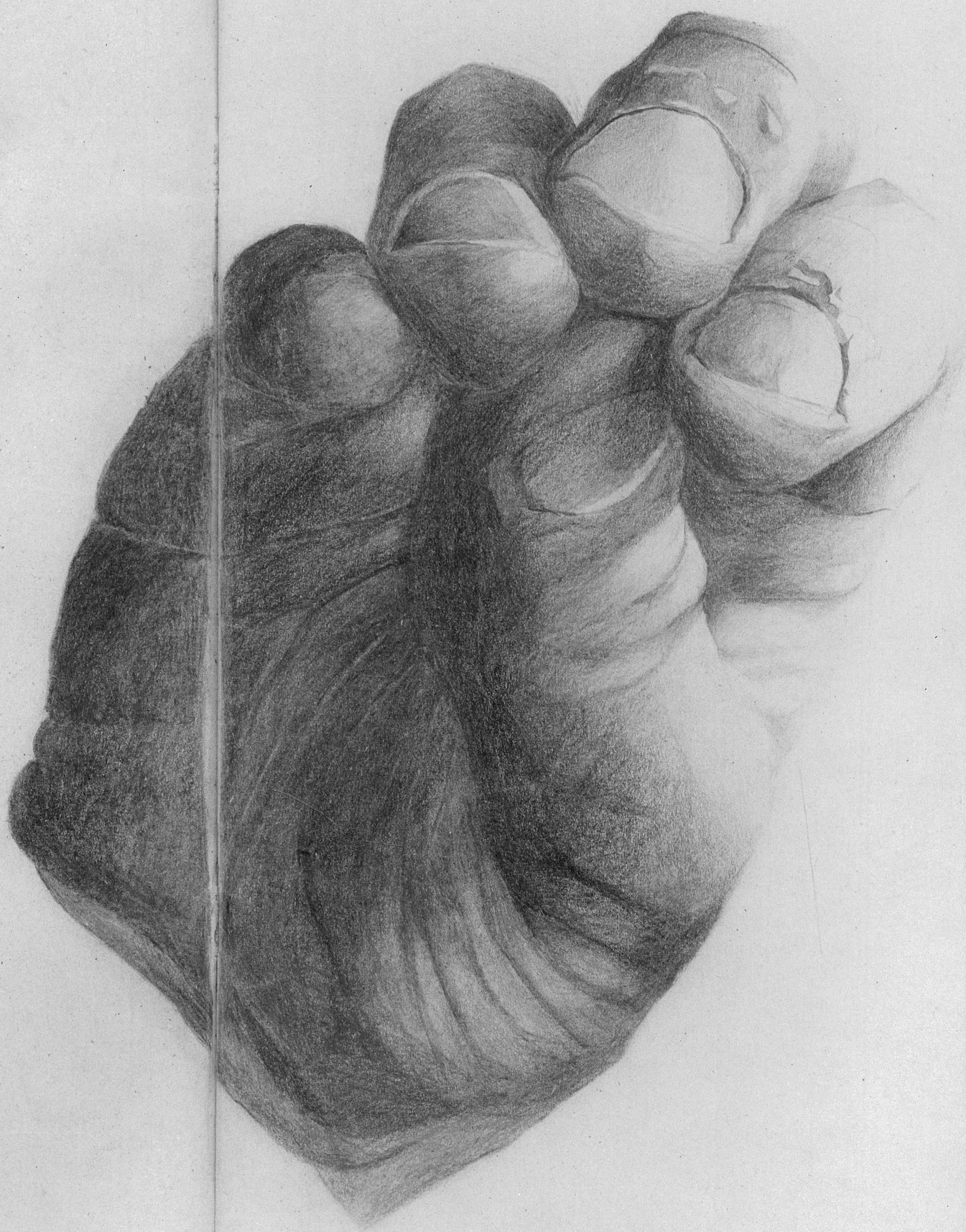
Nous sommes le Collectif Médecine Libertaire. Ce collectif est composé d'individu·e·s qui souhaitent penser et agir autour de la santé, de la médecine et du corps, dans une perspective anarchiste. Pour nous le système médical est l'un des relais des dominations de classe, de « race » et de genre ; la question de la santé pose la question du rapport à la norme et à la normalité que nous voulons subvertir. Dans ce cadre, nous tentons aussi de définir des bases théoriques communes pour à la fois penser et lutter contre les travers sinistres du système médical actuel. Ceci passe aussi par la mise en œuvre de pratiques collectives, libératrices et autonomes, afin de se réapproprier nos corps et nos vies.

mediccaen@riseup.net
<http://sous-la-cendre.info/collectif-medecine-libertaire>

SOMMAIRE

ÉDITO	P. 7
<i>PRÉFIGURATION D'UN VÉRITABLE SYSTÈME DE SOIN UNIVERSEL</i> ALEX BRADSHAW	P. 11
<i>HYGIÈNE PUBLIQUE, SANTÉ ET SEXUALITÉ : QUELQUES CONCEPTS ANARCHISTES</i> RICHARD CLEMINSON	P. 25
<i>DE L'ISOLEMENT DU RESSENTI DANS LA SPHÈRE POLITIQUE</i> SAM DAICRUS	P. 39
<i>QUELQUES QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION DE DISPOSITIFS DE SOIN AUTONOMES</i> FRÉDÉRIQUE PASQUIER ET JOSEP RAFANELL I ORRA	P. 49
<i>MALADIE ET CAPITAL</i> ALFREDO BONNANNO	P. 57
<i>CETTE SÈVE QUI NOUS UNIT</i> BABAYAGA	P. 61

Dessins de Caro, mis à part celui inclus dans *Cette sève qui nous unit* qui est réalisé par Babayaga.



ÉDITO

À travers *Micrurus* nous avons simplement souhaité penser et faire penser la médecine d'un point de vue libertaire. Autant parce que la médecine et le rapport que nous pouvons avoir à nos corps est une porte d'entrée dans le politique¹ des plus conséquentes, que parce que ce thème a peu été exploré dans le courant de pensée « anti-autoritaire » de ces dernières années.

Que l'on fasse une analyse structurale de l'organisation politique de la médecine occidentale ou que l'on se penche sur le biopouvoir et les rapports intimes que chacun-e d'entre nous a pu expérimenter à son contact (ou plutôt au contact de ses institutions ou de ses représentant-e-s²), il y a un exercice rupturiste important à mettre en œuvre. Cette exercice, nous le faisons nôtre dans le but d'arracher aux dominant-es ou à leurs systèmes une autonomie des corps dans une perspective émancipatrice plus large.

La cohérence de ce premier *Micrurus* est aussi complexe que son sujet. Certains des textes choisis ici proposent des visions globales, d'autres adoptent des axes de réflexions plus particuliers. Nous avons également choisi de mettre en avant la place du ressenti dans l'activisme politique. Notre but ici n'est pas de construire une nouvelle doctrine, mais de rassembler des textes qui peuvent nourrir la réflexion et amener à des actions. Nous ne sommes pas en

1. Espace inter-individuel, lieu privilégié des tensions et des contradictions qui définissent l'individu-e comme indissociablement sujet et objet d'une forme d'organisation ou d'une réalité sociale. Il intègre pleinement l'exercice du pouvoir et les mécanismes de domination volontaires ou involontaires qui révèlent le mode d'existence comme l'effet d'une volonté positive aux prises avec les déterminismes sociaux. Nous l'opposons à *la* politique, qui renvoie à la gestion professionnelle et séparée de nos vies.

2. La question de la féminisation des expressions renvoyant aux personnes faisant partie du système médical, en particulier celles occupant des positions de pouvoir et à même de développer des pratiques oppressives, a été difficile à trancher pour nous. En effet, nous trouvions important de visibiliser le fait que dans le système médical, les positions de pouvoir sont principalement occupées par des hommes, et que leur rôle et leurs pratiques relèvent du patriarcat (et des autres formes de domination existantes), et contribuent à le renforcer. On peut alors supposer que les femmes occupant ces positions de pouvoir reprennent certains des codes masculins, et contribuent à les perpétuer (par exemple la misogynie), mais qu'elles sont susceptibles d'en être également victimes. D'autre part, les personnes travaillant au sein du système médical en bas de la hiérarchie sont principalement des femmes (aides-soignantes, infirmières, sages-femmes), dont le travail implique un accès au corps, à l'intimité des patient-e-s, d'où des pratiques qui peuvent être intrusives et faire violence. Nous pensons que cette situation est liée à la structure du système, au rythme de travail, à l'assignation à des tâches dévalorisées, et que si elle renforce le patriarcat, c'est cette fois au détriment de ces soignant-e-s placé-e-s en bas de la hiérarchie. Nous ne nions pas que certaines femmes puissent avoir des pratiques délibérément abusives, exploitant et renforçant une position de pouvoir (le cas échéant) ; néanmoins, nous remarquons que la structure du système de santé est fortement patriarcale. Ps : par contre, si dans les textes écrits par nous, il y a un ou deux oublis de féminisation, c'est peut être juste qu'on n'est pas des machines...

accord total avec ces textes, c'est pourquoi nous avons choisi de commenter certains points qui nous paraissaient les plus problématiques. En outre, la plupart de ces textes ne sont pas féminisés, et nous déplorons l'invisibilisation qui en résulte.

Le premier texte est une préfiguration, sorte d'utopie médicale, écrite par Alex Bradshaw dans la revue *Perspectives* en 2009, et traduite par nous-mêmes. Il s'intitule *Préfiguration d'un véritable système de soin universel*. Ce genre de texte est bien particulier : il est difficile de penser les paramètres d'une société « idéale » depuis notre position actuelle, sans tomber dans le dogmatisme, sans faire d'erreurs théoriques. Mais ce texte a le mérite de la tentative, c'est pourquoi nous avons choisi de le publier, en ajoutant des commentaires sur les points avec lesquels nous ne sommes pas en accord.

A l'opposé, le second texte *Hygiène publique, santé et sexualité : quelques concepts anarchistes* est un écrit historique que nous avons reproduit à l'identique. Il est signé Richard Cleminson, est paru en 2001 à l'occasion de la sortie du premier numéro de la revue *Réfractions*. Il reprend le concept d'hygiène sociale, explore du côté de l'Espagne cénétiste³ de 1936 et rappelle la position de quelques théoriciens anarchistes à propos de la science.

Ensuite, le texte intitulé *De l'isolement du ressenti dans l'activisme politique*, est écrit par l'un d'entre nous à la suite de réflexions collectives et en lien avec des rencontres « Ressenti et politique » organisées courant 2013 dans l'Ouest de la France. Il exprime des critiques sur les façons d'habiter émotionnellement le militantisme et propose de redonner un véritable espace-temps politique aux ressentis.

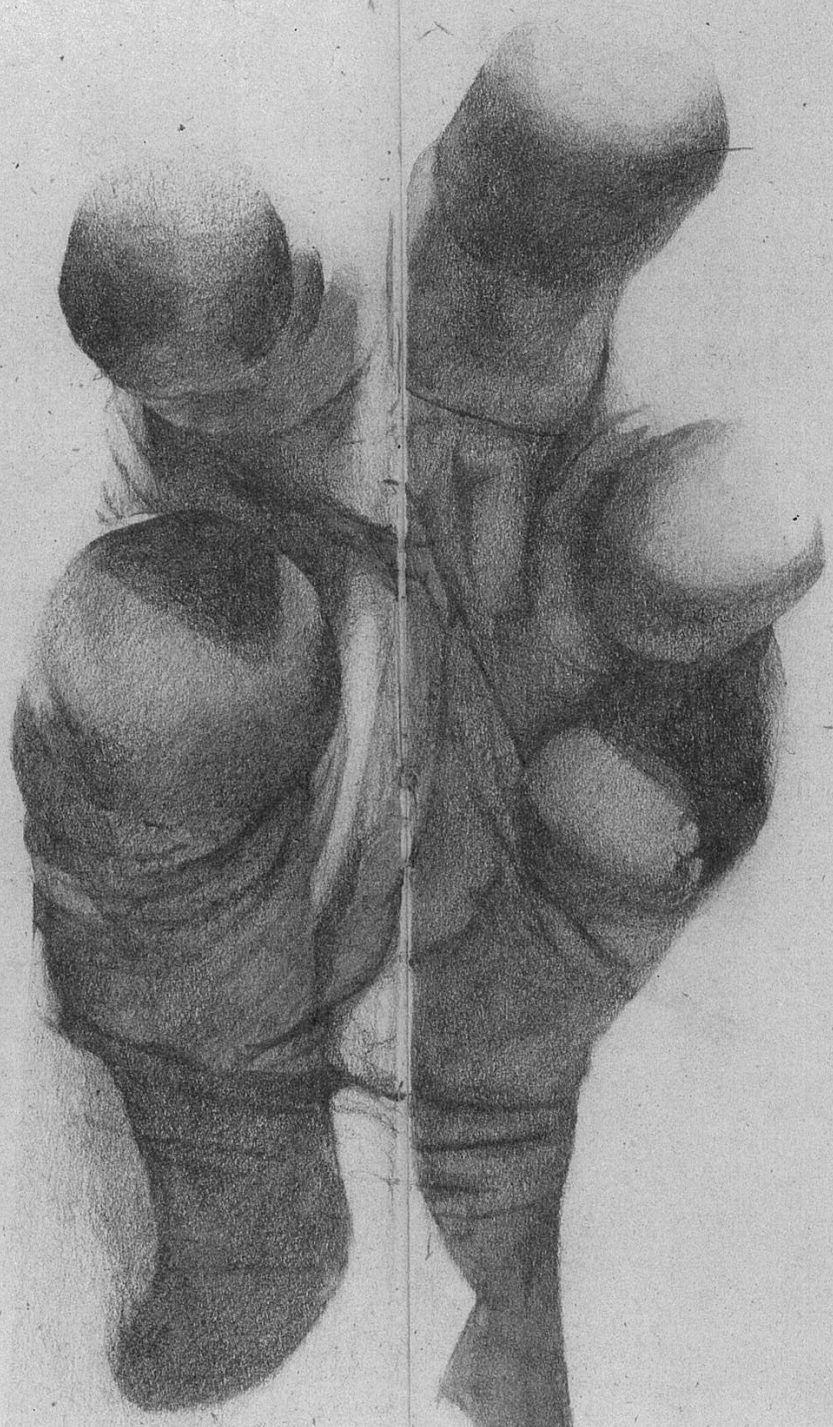
Dans un même registre, bien que plus pragmatique, le texte de nos ami·e·s psychologues Josep et Frédérique *Quelques questions relatives à la constitution de dispositifs de soin autonomes*, résonne à la fois comme un désir de création ancien et une tentative de réponse à un présent douloureux.

Maladie et Capital propose une analyse froide traitant de la place de la maladie comme un fait universel et ne devant pas être instrumentalisé à des fins idéologiques. Ce texte, signé Alfredo Bonanno, est paru dans la brochure *Dissonances* regroupant certains autres de ses textes.

Enfin, nous terminons par un texte sensible et poétique extrait de la brochure *Excavations*. Il vient confirmer que notre relation au corps, et à ses éventuels dérèglements, est aussi personnelle et singulière.

Et nous ferons tout ce que nous pourrons pour qu'elle le reste...

3. Qui renvoie à la Confédération Nationale du Travail (CNT), organisation anarcho-syndicaliste dont l'influence fut énorme au cours de la révolution sociale espagnole de 1936.



PRÉFIGURATION D'UN VÉRITABLE SYSTÈME DE SOIN UNIVERSEL

ALEX BRADSHAW

Texte original paru le 9 septembre 2009 dans la revue Perspectives.

Avant-propos des traduct-rices/eurs

Ce texte propose une vision « idéale » d'un système de santé débarrassé des scories capitalistes et étatiques. Il présente des moyens de l'atteindre et de le mettre en place. Si nous avons choisi de le traduire et de le diffuser, c'est parce que l'auteur y développe une expérimentation imaginaire dotée parfois de critiques pertinentes et pouvant servir de base de réflexions – dont nous exposons d'ailleurs ici certaines des nôtres. Pour autant, il y a des points de ce texte avec lesquels nous sommes en désaccord. Malgré tout nous avons choisi de le restituer dans son intégralité pour laisser à chacun-e le soin de se faire son opinion tout en l'accompagnant de cet avant-propos exposant ce qui est problématique pour nous. Il ne s'agit pas ici d'un procès d'intention, mais de ce qui pour nous semble émaner des idéologies et propositions portées par l'auteur.

Si une révolution dans le système médical – et en attendant cette révolution ? – semble être pour l'auteur le démarrage pour bien d'autres ruptures/alternatives, il ne semble pas contester la surmédicalisation à l'œuvre dans les sociétés occidentales. Pour nous ce texte ne pose pas non plus suffisamment la question ni du scientisme^a ni des sociopathologies (au sens large des maladies créées par la société et, au sein de celle-ci, par son système médical). Il semble plutôt tendre vers une pathologisation des comportements considérés comme déviants.

Une première illustration – et sûrement la plus manifeste – se trouve dans le point 7 exposant la manière dont la criminalité serait traitée dans cette société préfigurée. Selon l'auteur une majorité des crimes découle des inégalités sociales et matérielles, entre autre alimentées par le racisme et la xénophobie. La société étasunienne y répond par la prison, institution considérée comme inutile et reproductrice de ces inégalités. Le problème se pose quand l'auteur assimile tout comportement violent et criminel non issu de ces inégalités à une maladie mentale, une « anomalie » traitable par la médecine, par des thérapies comportementales. Ceci est pour nous pratiquement et théoriquement inacceptable (et nous évoque certaines scènes d'Orange Mécanique) : les camisoles chimiques tout autant que les cages physiques doivent disparaître, et l'abondance matérielle doublée d'un système de rééducation médicale pour les récalcitrant-es ne sont en aucun cas pour nous les bases d'une société libre.

Ensuite, si l'auteur désire la destruction des compagnies d'assurance, rien n'est dit sur le devenir des industries pharmaceutiques à part qu'il serait souhaitable qu'elles tombent

a. Scientisme entendu comme excès de confiance en la science et dans sa capacité à régler les problèmes. Il s'agit également, en quelque sorte, d'une gestion scientifique des problèmes sociaux, même si certains objectifs généraux peuvent être fixés par ailleurs par la communauté. Cette primauté décisionnelle de la science est seulement remise en cause en cas de problèmes constatés – problèmes possiblement traités à nouveau par la science. Si la préfiguration exposée par Bradshaw dans le texte ne verse pas radicalement dans le scientisme, elle s'en approche parfois dangereusement.

sous le contrôle de la communauté^b. Or le problème est-il seulement de savoir qui dirige (un-e partron-ne ou l'ensemble des membres de la communauté) ou plutôt la nature de cette industrie et de ce qu'elle permet de produire ? N'est-ce pas l'usage excessif/automatique des médicaments qu'il s'agirait de remettre en cause ?

Si dans la société décrite par l'auteur, l'accès aux professions liées au secteur médical est facilité, rien ne semble ouvrir vers un véritable partage horizontal des savoirs et pratiques. La distinction entre le personnel médical et le reste de la communauté demeure bien présente. L'implication de la communauté dans ce qui a trait au soin ne se limite qu'à certaines prises de décisions finales concernant l'orientation des pratiques médicales et les priorités à donner. Est-ce seulement quand il faut choisir entre consacrer du temps et des ressources à l'éradication d'une épidémie touchant enfants et personnes âgées plutôt qu'à l'implant de prothèses mammaires que la communauté a voix au chapitre ? Au-delà des évidences des priorités à donner, cet exemple extrait du point 9 semble teinté d'un certain âgisme.

De plus, l'auteur ne semble pas questionner globalement l'usage des technologies ou de la recherche médicale. Sa critique porte le plus souvent sur les conséquences environnementales des technologies, en oubliant au passage la question du nucléaire. La pertinence ou non de telle ou telle recherche médicale se mesure très souvent à l'une des ressources – naturelles ? – utilisées à cette fin. Il souhaite également accorder le développement des technologies aux besoins réels des « communautés » et non pas aux seuls bénéfices économiques qu'elles permettraient. Mais qu'en est-il alors des méthodes et techniques plus naturelles ou conviviales^c ?

Cette confiance en la science et les technologies se lit aussi dans le fait qu'à aucun moment n'est évoquée la place du relationnel, l'importance de la confiance dans la relation de soin dans la mise en place des soins. Or soigner, cela ne se limite pas à appliquer froidement tel ou tel procédé technique (chirurgie, médication, etc.) comme le préconisent des ouvrages comme le DSM V^d. L'humain est à prendre en compte comme un tout et non comme amoncellement de fragments indépendants les uns des autres.

La volonté de prise en compte des besoins locaux de chaque communauté semble disparaître quand l'auteur évoque dans le point 8 la mise en place d'un « fédéralisme médical à travers la nation mais aussi à travers le monde » qui permettrait qu'« un service de santé au Chiapas [soit] de la même qualité que celui de l'État de New York ou en Éthiopie. » Si l'on peut en effet dénoncer le fait que les habitant-es de certaines régions soient maintenu-es dans un état d'extrême précarité au bénéfice d'une part d'entre elleux ou d'autres populations, de quelle qualité et surtout de quels besoins parle-t-on ? L'éthno-psychiatrie^e, entre autres, met bien en avant la multiplicité des soins existant à travers le monde et en quoi ces soins sont fortement liés à chaque culture spécifique. Or, parler de

b. Communauté telle que définie et utilisée de manière large par l'auteur comme groupe de personnes vivant ensemble. Ce terme est dans ce texte utilisé dans ce sens.

c. Pour reprendre le concept d'Ivan Illich, c'est-à-dire, entre autre, compréhensible par le plus grand nombre (en l'occurrence, pas une machine à rayon X...)

d. Le DSM V est la cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) produite par la Société Américaine de Psychiatrie. Il catégorise et classe comme troubles psychopathologiques tout un ensemble de dispositions psychiques. Le nombre de ces soi-disant troubles ne cesse d'ailleurs d'augmenter abusivement au fil des versions. Ainsi, par exemple, une personne souffrant pendant plus de 15 jours de la perte d'un-e proche traverse, selon le DSM V, un épisode dépressif majeur. Le DSM V se revendique « a-théorique » ce qui est aussi hypocrite qu'incongru.

e. Discipline partageant objets et méthodes tant avec la psychologie clinique qu'avec l'anthropologie.

« même » qualité semble plus évoquer une vision universaliste, voire impérialiste du soin en lien avec une tendance scientiste critiquée plus avant ; comme si tout cela était transposable comme tel d'une communauté à une autre.

Néanmoins nous avons conscience que dans un texte aussi court et abondant en même temps un questionnement et un thème aussi larges, il n'est sans doute pas possible d'approfondir pleinement chacun de ces aspects. (Mais t'inquiète on s'en charge !)

Ceci dit, étant un texte étasunien, il correspond de fait à un contexte particulier : celui de la confusion régulière entre pensée libertaire et libertarienne, de l'accès bien plus limité aux services médicaux pour les populations économiquement défavorisées qu'en France et d'un rapport globalement moins sceptique aux technologies. Il ne s'agit pas non plus de dire que tout-e militant-e étasunien-ne déclaré-e « anar » est forcément technophile et a des relents libertariens, mais que ces influences sont en tous cas plus prégnantes qu'en France.

L'auteur

Alex Bradshaw est, au moment de l'écriture de ce texte, militant anarchiste au sein du collectif NO BORDERS à Louisville, Kentucky. Il s'intéresse et écrit à propos des théories et mouvements anarchistes, des critical disability studies (études critiques dans le champ du handicap) et de la manière dont s'entrecroisent la variété de ces aspects.

Préfiguration d'un véritable système de soin universel

Les gens favorables à une société radicalement différente écrivent assez peu sur les soins de santé. Je ne parle pas des libéraux¹ ou des sociaux-démocrates mais des individu-es qui préfigurent une société redonnant le pouvoir aux communautés dans lesquelles les décisions sont directement prises par les personnes qui les composent.

La raison pour laquelle réticent-es à écrire longuement à propos des soins de santé est compréhensible : la mise en œuvre d'un système de santé véritablement démocratique et gratuit – basé sur les besoins de la communauté et dans lequel les décisions sont prises collectivement et conjointement par les personnels soignants et les membres de la communauté concernée – nécessite une transformation complète des communautés existantes. Même s'il semble que le capitalisme est en train d'imploser, avec ou sans révolution, nous sommes encore dans une époque dominée par ce modèle économique nocif. Il est hautement improbable que les radicaux/ales voient jamais une société dont le fonctionnement soit défini par les besoins des communautés à travers une assistance mutuelle, un volontarisme et un démantèlement des hiérarchies sociales. Néanmoins, cela ne me décourage pas le moins du monde de préfigurer cette société, les soins de santé n'y faisant pas exception.

Le fait que les gens ayant les visions les plus abouties et les plus créatives concernant les changements dans les services de santé soutiennent souvent *de facto* une option de *single-payer*² n'est pas si choquant au vu de l'actuelle situation mouvementée des États-Unis. Aux É-U, les gens qui doivent choisir de payer leurs factures d'électricité au détriment des dépenses médicales ressentent plus que fortement les préjudices et répercussions négatifs du capitalisme et des logiques commerciales appliquées aux soins de santé commerciaux (elles-même simples déclinaisons du capitalisme). Beaucoup en meurent. Pour ces raisons, le fait de soutenir la création d'un système de soins public aux États-Unis est certainement un choix moral, même s'il s'agit seulement de la « moins pire » des options.

Un modèle d'« assistance-médicale-pour-tous » n'est pas révolutionnaire, ni même radical. Cela ne remet pas en cause la domination globale ayant pour base le capitalisme et le gouvernement par les corps parlementaires, et pour effets la pauvreté, le racisme, l'homophobie, la destruction environnementale, etc. De mon point de vue, pour que quelque chose soit révolutionnaire ou radical, ce quelque chose doit défier toutes les formes de domination qui,

1. Le libéralisme est un courant politique basé sur la liberté de mœurs, les droits civils, la liberté individuelle et non sur la liberté collective. Aux États-Unis, les libéraux sont des progressistes comparables aux sociaux-démocrates européens, avec quelques différences comme par exemple leur position moins étatiste. Nous pouvons les situer politiquement à gauche, voire à l'extrême gauche de l'échiquier politique États-Unien. (NdT)

2. Système d'assurance santé public et national. S'oppose au HMO (*Health Maintenance Organization* = organisation pour le maintien de la santé) consistant en un réseau limité de praticien-nes et structures géré par des assureurs privés. (NdT)

même prises isolément, sont toutes aussi dévastatrices les unes que les autres. Puisque le gouvernement fédéral, y compris l'organe exécutif et législatif, ne porte aucun intérêt à ce type de système – au contraire d'une majorité de citoyen·nes³ –, la notion de *single-payer* est alors comprise comme radicale aux États-Unis. Pour ces raisons, il semble que n'importe quelle remise en cause du *statu-quo* doit se faire par des actions directes menées par la communauté.

Exprimer clairement ce à quoi ressemblerait une société dont l'organisation serait basée sur des principes radicalement différents est à certains égards une tâche sans fin voire impossible ; tant d'entre nous ont des visions différentes de ce à quoi le nouveau monde ressemblerait. Dans tous les cas, j'aimerais penser que le nouveau monde consistera en une expérimentation sans fin, c'est-à-dire permettant la coexistence de modèles économiques et de communautés différents et tendant sans cesse vers de nouveaux possibles. Alors pourquoi ne pas lutter pour mettre en forme cette vision, peu importe à quel point elle semble difficile à atteindre ? Y a-t-il un problème avec l'organisation et la planification en communauté ? La notion même de révolution a changé : il s'agit plus d'un processus qui prend place dans le présent qu'un événement soudain et spectaculaire. Malgré cela, il semble que construire des structures sociales alternatives et affiner nos idées – qu'elles soient ou non parfaitement articulées – à propos du nouveau monde pour lequel nous luttons est une bonne chose. En d'autres termes, le fait de prévoir est une forme de préfiguration.

Pour faire aboutir les actions directes massives comme celles que je décrirai dans ce texte, une grande partie de la société aura à mettre en œuvre de larges planifications (*planning*). Les actions directes que j'envisage devront se faire avec des membres des communautés travaillant en tandem avec les personnels de santé à travers tous les États-Unis. Il n'est pas très attirant pour une population complaisante et surmenée de participer à des actions directes ou à de la désobéissance civile. Mais il semble, en supposant que nous voulions un système radicalement différent, que nous devons de toute manière participer à des actions directes. Aucun signe ne montre en effet que l'administration Obama et le Congrès écoutent la population, pas même quand cela concerne la mise en place d'un système de *single-payer* sur le modèle canadien.

Je veux mener cette discussion sur deux fronts : je veux discuter (1) quelles seraient les actions directes les plus pertinentes pour démanteler les services de santé privés et (2) à quoi pourraient ressembler des soins de santé dans une

3. CBS News et le New York Times réalisèrent un sondage qui montra que la population étasunienne soutenait massivement une couverture maladie universelle [*universal health care*] comme opposée à un système dicté par les compagnies d'assurance maladie. Il en ressort que les Étatsunien·nes sont aujourd'hui plus favorables à l'idée que le gouvernement fournisse une assurance santé qu'il ne l'était il y a 30 ans. 59% des sondé·es estiment que le gouvernement devrait fournir une assurance santé nationale, dont 49% considèrent qu'une telle assurance devrait couvrir tous les problèmes médicaux. Le sondage CBS/NYT est disponible sur : http://www.cbsnews.com/htdocs/pdf/SunMo_poll_0209.pdf?tag=contentMain;contentBody. Ce sondage est intéressant car il provient de sources qui reflète rarement l'intérêt public mais bien plutôt les intérêts des grandes entreprises ou du gouvernement. Le fait que le New York Times et CBS les rapportent est en cela le témoignage du degré d'importance accordé par la public aux soins de santé.

société libre, décentralisée, et volontaire⁴. Il est pour moi nécessaire d'inclure ces deux éléments dans cette discussion ; en effet, s'il est facile pour des anti-autoritaires de préfigurer une nouvelle société ou un nouveau système de santé, il est en revanche bien plus difficile de trouver des personnes, aussi bien au sein des institutions médicales que dans les communautés, prêtes à consacrer beaucoup de temps à réellement construire une alternative pouvant prendre la forme de soins gratuits à domicile ou de construction de cliniques libres et gratuites qui ne soient ni privées, ni gouvernementales.

10 points de préfiguration

En regard de ce système injuste qui étrangle nos communautés, pléthore de tactiques devraient certainement être utilisées pour combattre le système de santé privé et essayer de construire des alternatives significatives. Je dois néanmoins préciser que ce que j'examinerai comme vision personnelle de ce qui pourrait et devrait être fait, ne sera effectif et de nature libertaire que si ce soulèvement se produisait à partir de la base des communautés. En effet, deux problèmes apparaîtraient si certains aspects de cette vision sont mis en œuvre seulement par une minorité de la population : un mouvement minoritaire tentant de réaliser certains objectifs révolutionnaires prendrait le risque d'être une avant-garde ou, inversement, serait une résistance vaine pouvant facilement être écrasée par l'État.

Je dois clarifier quelque chose. Quand je parle de « collectifs de défense *ad hoc*⁵ », j'ai délibérément choisi d'être ambigu. Cela peut signifier beaucoup de choses différentes : un collectif de défense pourrait être un groupe analogue à l'EZLN⁶ des zapatistes ; il pourrait opérer comme les milices libertaires durant la guerre civile espagnole ; ou alors il pourrait être une masse critique de citoyen·nes des communautés mettant en place des occupations/blocages pacifiques. Ces collectifs de défense pourraient constituer une force de dissuasion contre la violence étatique d'une infinité de façons. Je pense que chacune des communautés déterminera celles qu'elle juge les plus adaptées.

Je soutiens qu'un certain type d'organe de défense est néanmoins nécessaire. Les communautés peuvent être constituées de différents types de participant·es dans une telle lutte. Par exemple, le personnel médical peut simplement choisir de servir les communautés en utilisant leur savoir pour fournir des soins gratuits. D'autres peuvent, individuellement, choisir de nourrir et d'offrir un abri à ces derni·ers/ères. S'il y a des occupations d'hôpitaux, les membres de la communauté concernée auront sans doute à fournir la nourriture et l'eau.

4. *Voluntary society*, concept libertarien développé entre autre par Roy Halliday (<http://royhalliday.home.mindspring.com/volsociety.htm>) pouvant se résumer en « Peaceful cooperation on the free market » (Coopération pacifique sur le libre marché). (NdT)

5. Constitués pour l'occasion et dans cet unique objectif. (NdT)

6. L'Armée zapatiste de libération nationale (en espagnol : *Ejército Zapatista de Liberación Nacional*, EZLN) est un groupe révolutionnaire politico-militaire insurgé basé au Chiapas États du Mexique. Ses idées se rapprochent de l'anarchisme prônant une révolution contre le pouvoir et non pour le pouvoir. L'EZLN affirme représenter non seulement les droits des populations indigènes, mais aussi de toutes les minorités. (NdT)

Ceux qui défendraient une position strictement non violente auraient aussi une place légitime dans cette lutte. Cela dit, d'autres qui ne reculeraient pas devant l'usage de la violence dans des situations de défense ou de destruction de propriété, peuvent contribuer à la lutte. Les communautés sont diverses et si un tel soulèvement devait se produire, je pense que toutes les tactiques devraient être explorées. Je suis en faveur de l'exploration de toutes ces tactiques tant qu'aucune n'aura apportée seule le succès.

Les dix éléments décrits ci-dessous sont ceux qui, je pense, peuvent mener au succès d'une telle lutte, mais également permettre de dessiner les contours d'un système de soin dans les différents types de sociétés, celles dans lesquelles le capitalisme et l'État ont été détruits. C'est un hybride d'idées : tandis que certain·es interrogent les circonstances à partir desquelles des services de soins radicalement différents peuvent être mis en place, d'autres discutent d'une complète préfiguration d'un système pouvant réellement servir les individus au sein des communautés.

1. Occuper les hôpitaux, les laboratoires médicaux, les usines de fournitures médicales et de médicaments, et rétablir les hôpitaux comme cliniques communautaires libres et gratuites

Si les communautés et les personnels soignants n'appellent pas à ce que ces institutions changent leur pratique, elles ne le feront tout simplement pas. Des collectifs de défense *ad hoc*, bien entraînés dans l'art de la défense – pas de la force – doivent être dressés comme force de dissuasion aux forces externes afin que ces communautés puissent occuper les hôpitaux de la manière qui leur convienne. Cela requiert qu'une majorité des hôpitaux tombent sous le contrôle des travailleur·euses et que les communautés travaillent en tandem avec elleux. Bien que ces dernier·es doivent avoir leur autonomie, ils font avant tout partie d'une communauté ; car pour qu'une telle occupation soit un succès et demeure libertaire, communauté et travailleur·euses doivent être sur la même longueur d'onde.

Les usines de fournitures médicales aux États-Unis et les labos que les hôpitaux utilisent doivent être occupés par leurs communautés qui s'y rattachent, tomber sous le contrôle des travailleur·euses, et également comporter des collectifs de défense pour garantir le succès d'une telle opération. Le principal objectif sera de maintenir en activité ces organisations afin qu'elles servent librement et gratuitement les membres de la communauté.

2. les compagnies d'assurances privées doivent être expropriées

Les communautés et leurs collectifs de défense doivent non seulement occuper les bâtiments et les sièges sociaux des compagnies d'assurance, mais également s'assurer de la cessation de leurs activités. De plus, une majorité de citoyen·nes doivent arrêter de payer leurs primes d'assurance. Les communautés peuvent alors décider ce qu'elles vont faire des bâtiments après que les employé·es aient rejoint ou non la lutte. Elles peuvent par exemple transfor-

mer le bâtiment en clinique de soin, en faire un abri ou une soupe populaire pour les sans-abris, etc. Il faut insister sur le fait que cette étape n'a de sens que si les hôpitaux sont occupés et fonctionnent avec succès en tant que cliniques de santé libres et gratuites.

3. Destruction du monopole sur le savoir médical

Les étudiant·e·s de tous les États-Unis ont un rôle à jouer. Pour qu'une telle transformation du système et, en fait, de la société se réalise, nous devons viser la source d'information des praticien·nes médic·ales/aux. Les étudiant·e·s doivent occuper les écoles de médecine, les écoles de soins infirmiers, les programmes d'ergo-physio-psycho-thérapie, etc., et s'assurer que tous les établissements aient la même qualité d'enseignement. En d'autres termes, les soi-disant « meilleurs » établissements doivent être au même niveau que tous les autres. Il s'agit de rendre infime la ligne de partage entre les établissements d'enseignement et les cliniques communautaires libres et gratuites. Alors tous les établissements d'enseignement et d'apprentissage pourraient avoir accès aux mêmes technologies, informations, et fonctions en tant que cliniques servant la communauté.

4. Décentraliser la bureaucratie médicale

Infirmier·es, médecins, thérapeutes, psychologues, et autres personnels de santé, s'ils sont compétent·es, devraient recevoir la connaissance et le savoir-faire pour devenir praticien·nes des premiers soins. Cela ouvrirait un plus large accès aux communautés et permettrait également la disparition de la bureaucratie et de la hiérarchie dans la médecine. Le système actuel, bien trop spécialisé et divisé, place les médecins en tant que princip·aux/ales décideurs/euses des établissements médicaux. Cette situation accentue à la fois le rôle du/de la médecin et le sentiment de subordination du reste du personnel. Dans un système de santé plus égalitaire, un pouvoir décisionnel égal devrait être accordé aux personnels compétents et volontaires (*willing*). Le système pourrait être plus démocratique et participatif ; la mise en œuvre d'une plus forte coopération permettant ainsi de prévenir beaucoup d'erreurs médicales.

La division du travail lui-même est une des cibles de la critique dont découle la préfiguration d'une nouvelle société. Je pense que cela doit être appliqué aux services de santé. Les professionnel·es formé·es devraient travailler comme infirmier·ère ou thérapeute le lundi et comme médecin le mardi s'il·les le choisissent et y sont convenablement formé·es.

5. Implanter des installations médicales de pointe dans toutes les communautés

Nous avons besoin de reconsidérer l'espace et la manière dont nous l'utilisons. Au final, si les points de préfiguration mentionnés ci-dessus sont réalisés avec succès, la société pourrait sans doute commencer à se restructurer d'elle-

même selon des principes plus démocratiques et antiautoritaires. Avec le succès des services de santé tombés sous le contrôle des travail·eurs/euses et de la communauté, il est peu probable que ces communautés toléreraient la domination dans les autres sphères de leur vie. Il est donc très peu probable que, dans une telle société, la planification urbaine soit ce qu'elle est actuellement. L'idée que les bâtiments soient construits à petite échelle et que les surfaces les séparant soit cultivées pour la nourriture de la communauté, que la régulation du transport public se fasse par la communauté, que soit prohibée la fabrication de voitures (mis à part les ambulances et les bus communautaires), et que les routes soient beaucoup moins nombreuses, tout cela devrait devenir banal dans certaines régions.

Avoir des installations de pointe à tous les coins de chaque communauté à la place des actuelles stations-service, restaurants rapides, ou magasins de vins et spiritueux rendrait la vie beaucoup plus profitable. Il n'y a aucune raison pour que les installations de pointe en neurologie, en oncologie, ou celles émergentes concernant les interventions cardiologiques soient centralisées dans d'immenses bâtiments à forte empreinte écologique. Toutes les communautés auront besoin de ces traitements spécialisés et d'urgence. Ces communautés devraient être conçues de manière à être écologiquement soutenables et de façon à ce que chaque communauté ait des installations de premier ordre.

6. Plus de praticien·nes, moins d'heures

Il est évident de dire qu'une société libre et volontaire est celle dans laquelle le capitalisme est une relique du passé. Dans une telle société, repenser le principe de division du travail semble aller de soi. Le principal objectif de la division des tâches est de gagner en efficacité pour augmenter la maximisation du profit. Or, il est peu probable que dans une société qui se concentre sur les besoins et désirs humains – qui ne semblent certainement pas être de travailler 40 heures ou plus par semaine – une personne ait à faire la même tâche 8 heures ou plus par jour, 5 à 6 jours par semaine, durant 40 ans. Une société qui se concentre sur le bien-être de tou·te·s et basée sur des principes socialistes et libertaires devrait à tout prix éviter cela.

À la place de la division du travail, on peut imaginer une personne suivant ses propres envies durant la majeure partie de la journée tout en s'occupant, *a minima*, des besoins communautaires tels que la nourriture, l'eau, l'énergie, les soins de santé, la recherche scientifique, etc.

Il n'y a aucune raison pour que les communautés ne puissent être équipées d'installations ne demandant la participation de chaque praticien·nes que 2 ou 3 heures par jour si le nombre de ces dernier·es augmente de manière très importante. Ce point est trop souvent absent des débats : nous devons prendre en considération la qualité de vie des praticien·nes. De mon point de vue, il est tout à fait probable qu'un certain nombre de personnes qui, à cause de la société de classe et du capitalisme, n'ont pas eu l'opportunité de devenir praticien·nes ou simplement de sortir de la pauvreté, seraient probablement

intéressé-es par devenir praticien·nes de santé. Et je crois qu'assez de gens recevraient une formation pour que les installations soient dotées en personnel 24 heures sur 24 tout en maintenant les normes d'heures de travail minimales des membres de la communauté⁷. Par exemple, si un·e praticien·ne de soins de santé travaille 10-12 heures par semaine, soit par exemple deux ou trois heures par jour, le système pourrait prospérer. Les praticien·nes pourraient avoir aussi l'opportunité de se former dans divers domaines de soins, ceci afin d'empêcher la division du travail de se rétablir.

Je suggère que s'efforcer de réduire au maximum le temps de travail hebdomadaire et remettre en question l'existence d'une grande partie du travail que nous accomplissons devrait faire partie de la nouvelle société.

7. Faire des crimes avec violence un problème de santé : personnel de service de santé et abolition des prisons

La prison, dans une société de classe dominée par un modèle économique virulent (capitalisme), a subi un double échec : (1) elles n'enrayent pas la criminalité, et (2) elles ne réhabilitent pas. Bien sûr, c'est bien trop simpliste : beaucoup croient qu'un grand nombre de détenu·es étasunien·nes ont été emprisonné·s du fait de la couleur de leur peau. Les quartiers blancs – d'après mon expérience d'homme blanc de classe moyenne – sont autant le théâtre d'actes « criminels » (comme le vol, l'usage et le deal de drogue) que les quartiers *black* et *brown*. Mais, alors que les agents de police ne se trouvent commodément jamais dans nos quartiers, les quartiers *black* et *brown* en sont surpeuplés.

La drogue est un problème qui peut largement être pris en charge par les personnels des services médicaux : les psychiatres, psychologues, ergothéra-

7. Je vais introduire cette explication en exprimant ce que sont ma vision et mes hypothèses sur comment un système devrait fonctionner. En dernière instance, néanmoins, les communautés et les praticien·nes des services médicaux devraient décider des modalités et du devenir des services de santé dans leur propres quartiers.

Le travail hebdomadaire peut être fractionné en 7 jours, chacun ayant 12 cycles de travail de deux heures. Pour la semaine, dans les installations mentionnées à l'intérieur des communautés, il y a au total 84 cycles de travail. Si un·e praticien·ne travaille durant 4 cycles de travail, cela signifie que 21 praticien·nes seront nécessaires pour une installation nécessitant une présence de personnels 24 heures sur 24. Néanmoins, pour une région dans laquelle vivent 1.000 personnes, 10 praticien·nes travaillant selon ce rythme sont nécessaires pour fournir un service de santé convenable à une telle communauté. Nous avons donc un ratio de 210 praticien·nes pour 1.000 personnes. Bien que ce nombre semble incroyablement élevé, les individus auront la liberté de se spécialiser dans de multiples domaines. Je préfigure une société dans laquelle un·e OB GYN (Obstetrician GYNecologist, gynécologue obstétricien·ne) puisse aussi être nutritionniste, quelqu'un·e qui fait pousser des aliments ou un·e musicien·ne ; je crois qu'un tel programme de travail pourrait permettre cela.

Les besoins des communautés varient ; par exemple des spécialistes du traitement du cancer, des praticien·nes des soins de santé mentale, des spécialistes en neurologie ou en cardiologie, des praticien·nes qui pratiquent des avortements, des ligatures des trompes, etc. pourront toutes être nécessaires. Les praticien·nes devraient allouer plus de temps à la spécialisation dans de multiples domaines, travailler le minimum d'heures, et toujours avoir du temps pour poursuivre leurs loisirs. Ainsi, un·e praticien·ne qui travaille comme infirmier·ère en service psychiatrique un jour par semaine pourrait par exemple travailler comme pédiatre un autre jour.

peutes, infirmi·er/ères, et d'autres, ont tou·tes reçu une formation adéquate dans l'aide aux personnes ayant des problèmes d'addiction. On peut douter que ce serait par choix que beaucoup de personnes vendent de la drogue dans les communautés *black* et *brown*. Le « crime » sans victime est commis par désespoir dans une société basée sur le profit et dans laquelle l'individu vendant de la drogue est souvent exclu de l'abondance du monde blanc. La plupart des usager·es de drogue n'en prendraient sans doute plus dans une société libre. D'ailleurs, peut-être que sans capitalisme l'usage de drogue lui-même diminuerait spectaculairement.

Quoi qu'il en soit, c'est un problème de santé. Un autre problème que les personnels de santé peuvent aborder est celui de ceux qui commettent des crimes violents ou des viols. Les mêmes praticien·nes susmentionné·es sont équipé·es pour aborder les questions comportementales ainsi que la maladie mentale. J'extrapolerai alors que, même si la plupart des crimes cesseraient dans un société antiautoritaire, il y aurait toujours des anomalies. Celles-ci pourraient être traitées par les personnels de soins médicaux et non par des cellules de prison qui ne font qu'aliéner encore plus ceux n'ayant pas commis de crime grave ou souffrant de maladie mentale.

De la même manière que des problèmes de santé tels qu'un accident vasculaire cérébral ou la pose d'une prothèse de hanche demandent une rééducation très importante, les personnes qui commettent des actes sadiques devraient être traitées comme des personnes atteintes de troubles mentaux et être sujettes à rééducation. Les structures de santé mentale devraient remplacer les prisons qui sont largement occupées par des toxicomanes, des gens de couleur et des personnes atteintes de maladie mentale. Il est certain que la crise des systèmes de santé s'étend à la population carcérale.

8. Éliminer le rationnement

S'il est vrai que les deux modèles de services de soins rationnent, le programme privé le fait tout autant, si ce n'est plus, que le public. Ce système qui exclu beaucoup de personnes des soins de santé – un besoin basique – sera supprimé par les fédérations de communautés libres. Il y a une solution simple à cela : s'il n'y a pas de système de soin disponible dans une communauté, l'individu sera pris en charge dans une autre. Néanmoins, mettre en place des installations de pointe et augmenter le nombre de praticien·nes formé·es et compétent·es dans toutes les communautés, tout en étant certainement faisable, limiterait en grande partie le rationnement. Les procédures émergentes de services médicaux et celles qui améliorent la qualité de la vie devraient être traitées de la même manière que la nourriture ou l'eau qui, du fait de leur nécessité vitale, ne devraient jamais être rationnés.

Cela implique un besoin en fédéralisme médical à travers la nation mais aussi à travers le monde. Un système de santé décentralisé serait sûrement quelque chose qui lutte pour un établissement à l'échelle internationale. Par-

tant de là, un service de santé au Chiapas devrait être à cet égard de la même qualité que celui de l'État de New York ou en Éthiopie. Toutes les structures de soins de santé devraient avoir une politique d'ouverture à tout le peuple et pas seulement aux membres de la communauté dans laquelle elles se situent. Des réseaux et des communications gardant en contact constant les structures de soin des différentes communautés et zones géographiques devraient alors se mettre en place.

9. Recherche régulée par la communauté

Les scientifiques dans le domaine médical et ceux qui contribuent à la recherche médicale devraient être contrôlés par la communauté. Même si ceux qui contribuent à la recherche médicale devraient être autonomes, s'ils gaspillent des ressources pour des choses que la communauté à laquelle ils sont affiliés trouve superflues, cela devrait être rigoureusement débattu, et la décision finale n'appartiendrait pas seulement aux scientifiques du domaine médical, mais aussi à toute la communauté concernée. Par exemple, si du temps et des ressources sont gaspillés en un développement poussé de la chirurgie esthétique telle que les implants mammaires ou le *lifting* facial, une communauté pourrait décider que cela est inutile quand une communauté voisine, ou la leur, est victime d'un virus épidémique qui tue les enfants et les personnes âgées. Et ceci ne devrait pas être régulé par la seule communauté médicale mais par la communauté dans son ensemble, tout particulièrement si la recherche n'est pas consacrée à des questions affectant la communauté.

10. Utilisation démocratique de la technologie et des ressources

Enfin, les communautés devraient, main dans la main avec les travailleurs/euses du secteur médical, décider quelle technologie utiliser ou non. Si quelque chose comme, disons, un certain usage de rayon X a une corrélation avec le cancer, cet usage devrait être examiné et déterminé par toutes celles qui en ont recours ou en sont affectées.

De plus, une grande partie de la technologie qui pourrait être utilisée par toutes dans la communauté ne l'est pas à cause des marges bénéficiaires. Pour prendre un exemple, un physicien m'a dit il y a quelques années que GE (*General Electric*) a des rayons X pouvant montrer immédiatement si l'individu est séropositif ou s'il a d'autres virus dans le sang. Il expliquait que les médecins n'ont pas les moyens financiers d'avoir une telle technologie dans leur clinique. Certaines technologies devraient être accessibles à la plupart des communautés dans un endroit libre et gratuit afin de pouvoir l'utiliser au lieu d'attendre inutilement pendant des mois et d'aller d'un spécialiste à un autre.

La technologie peut aussi bien être intrinsèquement mauvaise que vitale. Un hôpital fait beaucoup de bonnes choses pour les êtres humains, mais c'est aussi une structure gaspillant beaucoup et coûteuse en terme écologique. Ces établissements sont souvent extrêmement grands, n'utilisent jamais d'énergies renouvelables et sont ouverts 24 heures sur 24. En outre, le plastique – ma-

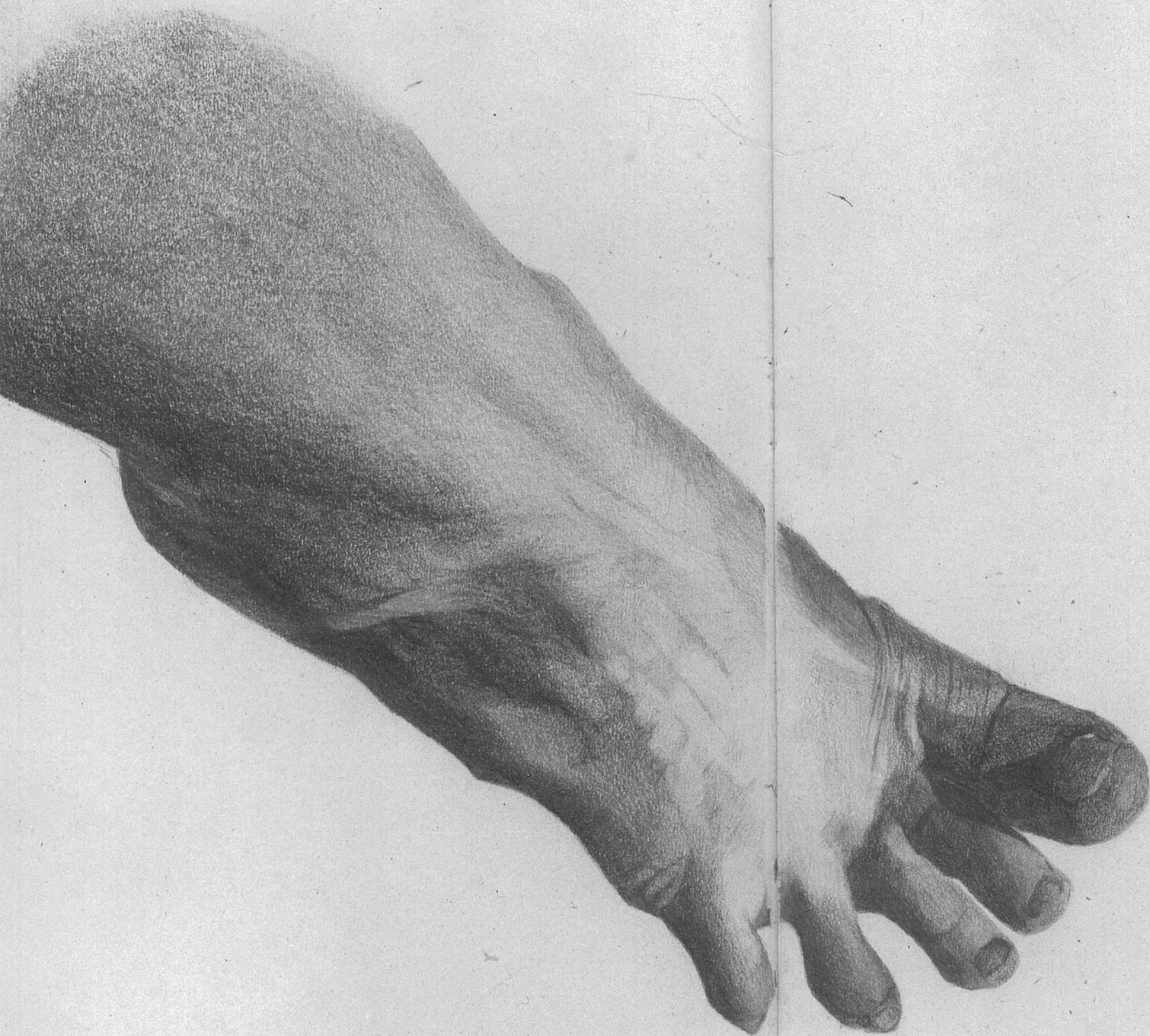
tière issue de combustible fossile – est utilisé pour des milliers de produits hospitaliers, des couvercles de gobelet aux seringues. Cela doit être supervisé par les conseils communautaires et strictement régulé. Sachant que la dégradation de l'environnement peut avoir des effets catastrophiques sur la santé des individus (toxines dans le lait maternel, mercure dans le poisson, émanation des combustions de charbon et d'autres combustibles fossiles, maladies pulmonaires dues aux gaz d'échappement, virus devenant pandémiques à cause des changements climatiques), il devrait être logique que les structures de soins de santé ne perpétuent pas ces pratiques. Il serait de même logique que soit pris en compte dans ces installations les émanations de dioxyde de carbone et de toxines provoquées par l'usage d'électricité issue de combustion de charbon.

La force de la préfiguration

Préfigurer ou prévoir une société très différente a ses avantages. Cela peut nous apporter de l'optimisme dans une ère très tumultueuse. Et si nous pouvons préfigurer le nouveau monde, il est probable que nous puissions le construire, même au sein du vieux monde aux traits déliquescents. Les centres communautaires peuvent accueillir des travailleurs/euses de santé volontaires fournissant des soins de santé gratuits, créant une troisième façon de recevoir des soins médicaux qui ne soient ni privée ni gouvernementale. Le nouveau monde peut être créé par un vaste réseau de petits espaces libérés. Des services de santé révolutionnaires ne devraient certainement pas être une exception : ces services de santé de guérilla peuvent offrir une petite lueur vacillante d'espoir et se dresser comme un exemple qu'une résistance active face à la charge mortifère du capitalisme.

Pourtant le problème doit être abordé de manière conflictuelle pour mettre en œuvre un véritable changement. Peu importe que nous soyons libéraux/ales, progressistes ou radicaux/aux, les décideurs/euses étasuniens/nés n'agissent, cela n'a rien d'étonnant, que dans l'intérêt des grandes entreprises et non dans celui de la population. Ainsi, tandis que la création des cliniques libres à but non lucratif est un geste symbolique et un infime aperçu de ce que les services médicaux devraient être, si nous n'affrontons pas nos oppresseurs/euses que sont les tyrannies privées soutenues par l'État et perpétuant l'application de logiques commerciales aux services médicaux, le *statu quo* sinistre continuera.

Mon optimisme réside dans le potentiel des masses organisées des communautés. La Commune de Paris, la révolution espagnole, le mouvement zapatiste, et la campagne pour les droits civiques ici aux États-Unis sont tous des rappels que des choses miraculeuses peuvent être accomplies dans un monde dominé par des *statu quo* menaçants quand les communautés s'unissent contre la domination. Tandis qu'aucun des scénarios mentionnés ci-dessus n'a apporté une nouvelle société, ils ont tous préfiguré des circonstances radicalement différentes. C'est en cela que leurs actions ont été déterminantes. Peut-être la population étasunienne, dans ces circonstances agitées au regard de la crise actuelle dans les services de soins, devrait prendre exemple sur ces gens.



HYGIÈNE PUBLIQUE, SANTÉ ET SEXUALITÉ : QUELQUES CONCEPTS ANARCHISTES

RICHARD CLEMINSON

Texte original paru le 27 Août 2004 dans la revue Réfractions.

Cet article entend contribuer à l'historiographie libertaire de la santé et des soins médicaux. Il aborde la problématique particulière du médecin anarchiste espagnol Félix Martí Ibáñez : sa pensée et ses conceptions d'un changement radical dans le traitement de la santé et dans son entretien, grâce à un projet libertaire d'hygiène sociale. Ayant examiné ailleurs le discours et l'activité des anarchistes catalans au sein des courants néo-malthusiens et eugénistes, ainsi que leurs liens avec la réforme de la Santé publique, j'entends approfondir ici la compréhension du concept d'« hygiène sociale », embrassé par beaucoup de pays européens au commencement du vingtième siècle et dont, en fait, la genèse remonte aux siècles antérieurs.

Je souhaite aussi, par l'examen des idées du Dr. Félix Martí Ibáñez, montrer comment ce penseur estimait que les préoccupations et les méthodes d'une certaine forme d'« hygiène sociale » pouvaient s'intégrer dans l'idéologie et la praxis anarcho-syndicaliste. En regardant le passé, nous pouvons comprendre comment les organisations ouvrières d'inspiration libertaire, qui disposaient d'une technologie bien moins avancée et, assurément, de beaucoup moins de ressources que les systèmes de soins médicaux de l'Europe contemporaine, tentèrent d'aborder les questions de santé.

En bien des pays, des entreprises politiques contemporaines telles que la privatisation de la sécurité sociale, la dégradation de l'environnement, la part croissante de la technologie en matière de bien-être et de médecine, et les sérieux problèmes que rencontrent de larges secteurs des nations plus ou moins développées, rendent pertinents beaucoup d'écrits de Félix Martí Ibáñez en matière de santé. Notre discussion ne tentera pas, cependant, « d'appliquer » les intuitions du Dr. Martí Ibáñez à la situation actuelle de quelque pays que ce soit ou d'une quelconque région du monde.

Conceptions de l'hygiène sociale

Nous ne tenterons pas, non plus, de détailler l'histoire des idées sur l'« hygiène sociale », ce champ spécifique constitué par Alfred Grotjahn. Cependant, en toile de fond de notre étude sur les théories des sociothérapies de Félix Martí, il n'est pas inutile d'examiner la genèse des idées d'hygiène sociale, dont les diverses formes étaient loin de traduire de manière homogène les mêmes vues. Dans la conceptualisation de la santé et de la manière dont on pouvait radicalement l'améliorer, les discours des organisations d'inspiration libertaire témoignèrent d'un sens de la prévision et d'une pénétration très spécifiques.

Si beaucoup d'historiens font remonter à Alfred Grotjahn, au tout début de ce siècle, les origines immédiates de la « médecine sociale », on peut soutenir qu'il y eut beaucoup de précurseurs dans ce genre d'idées. La « médecine sociale » tenta de déborder l'examen du malaise spécifique d'un malade pour le relier au contexte plus large de la société.

Les premiers penseurs à formuler cette idée furent Gratien, dans son *Hygiène*, ainsi que bien d'autres praticiens grecs. Les plus récents précurseurs des idées de Grotjahn furent John Peter Frank (1745-1821), qu'Henry Sigerist, historien de la science, considère comme un pionnier de la médecine sociale. Frank tenait une chaire de médecine clinique à l'université de Pavie à partir de 1785, et il enquêta sur les problèmes de santé et les maladies des Lombards. Il conclut que les gens de la région étaient gravement touchés par la maladie et l'ignorance, en dépit de la richesse de la terre et des récoltes qui y croissaient. Cela provenait, estimait-il, de ce que la terre n'appartenait pas aux paysans ; ceux-ci mouraient donc de faim à cause de leur pauvreté. Il s'interrogeait avec perspicacité sur l'intérêt d'une réorganisation de la santé et des services médicaux quand les gens n'avaient rien à manger. La relation entre mauvaise santé et pauvreté est assurément bien fondée aujourd'hui, malgré sa persistance dans le système capitaliste, et les médecins « radicaux » ont clairement souligné ce point. Néanmoins, Frank n'était pas révolutionnaire et croyait que la disparité sociale était inévitable, mais aussi que les paysans de Lombardie pouvaient réussir, par des réformes pacifiques, à contrôler la terre. Néanmoins, tandis que Frank croyait que l'hygiène individuelle pouvait devenir meilleure par une coopération entre l'individu et le gouvernement, que l'existence d'un personnel médical plus nombreux et plus qualifié, une fourniture d'eau plus pure et de meilleures vidanges, nécessitaient un pouvoir d'état pour les susciter, les anarchistes auraient traditionnellement contesté la capacité de l'Etat comme agent positif de changement et auraient fait remarquer le contraire, à savoir que l'Etat généralement réprime le changement ou empire la situation.

Un autre théoricien précoce d'une sorte de médecine sociale fut Eduard Reich (1836-1919). Dans son *System der Hygiene* (2 vol., 1870-1) il interpréta l'hygiène comme l'application de principes destinés à maintenir la santé et la moralité individuelle et sociale : « L'hygiène » abordait les individus comme un tout et englobait le monde physique et moral tout entier. George Rosen cite le *System* de Reich pour illustrer son concept d'hygiène : « L'hygiène, ou théorie de la santé et du bien-être, est la philosophie, la science et l'art d'une vie saine pour l'individu, la famille, la société et l'Etat ». Reich distinguait quatre disciplines : l'hygiène morale, l'hygiène sociale, l'hygiène diététique et l'hygiène de la 'police', celle-ci étant principalement concernée par la politique de santé publique. Afin de réaliser les objectifs de cette hygiène, Reich préconisa une disposition à l'autonomie personnelle et à l'action coopérative, ce qui, selon Rosen, paraît refléter la philosophie sociale de Proudhon. Ces idées furent reprises par d'autres et Rosen a montré qu'elles étaient similaires à celles de Max Von Pettenkofer qui, en 1882, utilisa le terme de « médecine sociale » pour désigner l'hygiène.

Le plus connu des défenseurs du système de médecine sociale est probablement Alfred Grotjahn qui, en mars 1904, présenta un exposé à la Société allemande de Santé publique sur la nature et le but de l'hygiène sociale. Grotjahn souligna qu'il préférerait ne pas utiliser le terme « médecine sociale » dont il trouvait la connotation trop limitée. Cette expression avait été utilisée pour décrire le système d'assurance maladie introduit par Bismarck en 1883. L'hygiène, selon Grotjahn, doit étudier les effets des conditions sociales dans lesquelles les gens sont nés, vivent, travaillent, se divertissent, procréent et meurent. L'hygiène « devient ainsi une hygiène sociale, qui prend place à côté de l'hygiène physico-biologique comme supplément nécessaire ».

En tant que science descriptive, l'hygiène sociale se préoccupe des conditions qui affectent la diffusion de la culture hygiénique parmi les groupes d'individus et leurs descendants, qui vivent dans les mêmes conditions spatiales, temporelles et sociales.

Comme science normative, elle se préoccupe des mesures destinées à diffuser la culture hygiénique parmi des groupes d'individus et leurs descendants, qui vivent dans les mêmes conditions spatiales, temporelles et sociales.

Par conséquent, en tant que science descriptive, l'hygiène sociale doit dépeindre l'état général existant de la culture hygiénique et, comme science normative, elle doit diffuser les mesures sanitaires dans l'entière population. Comme science normative, elle utilise les méthodes des sciences sociales : « Les données historico-culturelles, psychologiques, économiques et politiques, entrent toutes dans le calcul de l'hygiène sociale ».

En Europe, depuis le dix-huitième siècle, ces idées et d'autres devinrent le sujet d'un dialogue croissant entre les médecins et l'État. Le dix-neuvième siècle établit les liens les plus profonds et les plus durables entre la médecine et l'État. Dorothy et Roy Porter ont remarqué que, surtout après 1850, les chercheurs sociaux des courants prépondérants donnèrent un fondement biomédical à leur modèle de sociologie statique et de sociologie dynamique. Selon un médecin, Rudolf Virchow, la médecine était une science sociale, la politique n'étant rien d'autre qu'une médecine à grande échelle. Si donc la société, en général, était un super-organisme, la politique pouvait être une question de gestion médicale. L'implication de cette équation sur le rôle social du médecin se voit clairement. « L'expert » est élevé à une position de grand pouvoir et d'influence et agit au nom de la population, ostensiblement pour le bénéfice de celle-ci.

Nous avons toutefois suggéré que ces vues n'étaient ni hégémoniques ni homogènes dans toute l'Europe ni chez tous les médecins. Quelques écrivains avaient considéré que la médecine sociale et l'hygiène sociale étaient réactionnaires, et un ouvrage sur l'hygiène sociale dans la Grande-Bretagne du vingtième siècle s'exprimait ainsi : « Le thème qui parcourt ce livre est clair : c'est une histoire d'expertise, en fait d'un expert qui n'a pas été invité ». Comme pour d'autres manifestations de l'hygiène sociale, la contrepartie britannique « ne séparait pas la mauvaise santé en série de problèmes distincts » ; néanmoins, elle devint progressivement liée par la réglementation et le contrôle et,

selon Greta Jones, une masse amorphe d'impérialistes de droite, de libéraux, de socialistes et de gens « concernés » constitua une « opinion publique » sur la question de la réforme sociale durant la période 1900-1914. L'hygiène sociale en Grande-Bretagne intima aux pauvres d'être économes, de travailler dur et d'être sains physiquement et mentalement. Elle découvrit en même temps un « résidu », ceux qui étaient au-delà de toute aide. Sous cette forme, elle s'associa au darwinisme social.

Ailleurs, en Allemagne, les idées du Dr. Heinrich Zeiss se fondèrent sur l'argument que, plutôt que de s'appuyer sur l'interprétation socialiste de l'hygiène sociale qui liait la maladie aux conditions économiques, l'hygiène allemande devait prendre en compte l'ensemble des influences psychologiques, historiques et environnementales en tant qu'elles façonnaient la santé de la population globale. Le Dr. Zeiss finalement rejoignit le Parti national-socialiste.

Sans passer en revue toutes les idées sur l'hygiène sociale, on voit que ses propagateurs venaient d'horizons différents et avaient des aspirations nettement diverses. Dorothy et Roy Parker ont néanmoins désigné ce qu'ils croient être leur terrain commun, et ils ont clairement affirmé que les relations fondamentales de la médecine clinique gênent certainement les hiérarchies d'autorité des experts, au sein desquelles le médecin est actif et le patient passif. Si les médecins tendaient à avoir des inclinations libertaires, égalitaires et démocratiques, demandent ces deux auteurs, comment ces objectifs pouvaient-ils se concilier avec les modèles et métaphores que présupposait la médecine ?

Une manière de réaliser cela consiste peut-être à rejeter le présupposé selon lequel la médecine nécessite ces modèles et métaphores, c'est-à-dire à subvertir l'image actuelle de la médecine, et à construire un modèle révolutionnaire et libertaire de la manière dont un tel système peut et doit fonctionner. Peut-être est-ce ainsi que l'on pourra finalement éliminer ou au moins minimiser cette tension discutée par Porter and Porter, qui repose sur « l'essence et la contradiction de tant de mouvements de réforme, radicaux et socialistes ». Cette tension, croyons-nous, fournit un point de vue fort utile pour considérer la pensée du Dr. Martí Ibáñez et, sans suggérer aucune conclusion a priori, nous pouvons affirmer que les questions relatives aux masses de population, la santé publique, le capitalisme, et le rôle de l'expert, furent clairement des enjeux que Martí Ibáñez et d'autres acceptèrent.

Quelques idées anarchistes sur le rôle de la science et de la médecine

Les questions ci-dessus ont sûrement une importance vitale. L'agent qui assure la mise en œuvre ou le changement dans les dispositions médicales joue un rôle de la plus haute importance. Si des personnages comme Eduard Reich et les praticiens britanniques de l'hygiène sociale ont misé sur l'État, tel n'est pas le cas des anarchistes.

Un élément qui unit quelques-uns des socialistes, des impérialistes, des gens de droite et d'autres dans leur projet d'une meilleure santé est, en effet,

l'utilisation du bras coercitif de l'État pour appliquer la réforme. Les alliances entre ces groupes peuvent être fondées sur une grotesque combinaison du pouvoir et de la médecine dans un projet politique aussi nuisible que le capitalisme, si ce n'est davantage. Ainsi, par exemple, sur l'alliance entre la « science » et le « communisme », John Bernal, futur membre du Parti Communiste de Grande-Bretagne et professeur à Cambridge University, écrivait en 1929 dans son ouvrage *The World, the Flesh and the Devil* (Le Monde, la Chair et le Diable) :

« Dans un Etat soviétique, les institutions scientifiques, en fait, deviendraient graduellement le gouvernement, et à une étape ultérieure la hiérarchie marxiste de domination serait atteinte. Dans une telle étape, les savants tendraient très naturellement à s'identifier affectivement avec le progrès de la science elle-même plutôt qu'avec une classe, une nation ou une humanité en dehors de la science, tandis que le reste de la population, du fait de la diffusion d'une éducation dont les plus hautes valeurs s'appuieraient sur une direction scientifique plutôt que morale ou politique, serait bien moins inclinée à s'opposer effectivement au développement de la science. »

Les implications de ce « gouvernement de la science » sont claires. Dans la nouvelle étape de la hiérarchie marxiste ainsi produite, sans nul doute la position des savants marxistes serait privilégiée. Dans son ouvrage ultérieur, *The Freedom of Necessity* (1949), Bernal, dans le plus pur style du parti communiste de son époque, déclara que le PC devrait ainsi mener la société, puisque ses membres provenaient du rang de ceux qui pouvaient voir des possibilités plus larges grâce aux disciplines de la science et de la philosophie naturelle et dialectique. Les savants pouvaient planifier et agir pour l'ensemble. La notion de science était désormais, pour Bernal, extérieure à la classe ouvrière elle-même, les savants pouvant d'une certaine manière être au-dessus des intérêts de classe, de nation ou, d'ailleurs, de l'humanité. Dans ce régime d'oligarchie technocratique, ils sauraient encore quel est le meilleur bien pour l'ensemble, et ils planifieraient et agiraient en conséquence, vraisemblablement à travers un ensemble de mesures coercitives pour courber la volonté des intransigeants.

En contraste avec ces objectifs mégalomanes, infectés de hiérarchie, de pouvoir, de domination et d'une « expertise » incontrôlée, nous pouvons lire les idées de Michel Bakounine qui, en 1871, rejeta comme une monstruosité la législation et la règle de l'expert scientifique ou d'une académie de savants en se fondant sur trois terrains : d'abord, que la science humaine est toujours et nécessairement imparfaite. En forçant la vie individuelle et collective à une stricte conformité aux dernières données de la science, « nous condamnerions la société aussi bien que les individus à souffrir le martyre sur le lit de Procuste ». Ensuite, une société qui obéirait à la législation parce qu'elle était imposée par l'académie, et non à cause de son caractère rationnel, serait une société de brutes et d'idiots. Enfin, l'académie scientifique aboutirait rapidement et infailliblement à une corruption intellectuelle et morale, immergée dans la stagnation et l'absence de spontanéité.

Le problème, poursuivait Bakounine, ce sont les privilèges. Un corps scientifique finirait par se consacrer à son auto-perpétuation. Ceci était vrai aussi d'un gouvernement par assemblée constituante.

Bakounine n'était cependant pas hostile à toute « autorité ». Si ses bottes lui avaient causé quelque problème, par exemple, il serait allé chez le bottier. Il n'aurait pas admis que celui-ci s'impose, mais il l'aurait écouté, décidant ensuite d'accepter ou non l'avis du bottier. Avec un esprit de rébellion bien significatif, il déclarait : « Si je m'incline pour un temps et dans une certaine mesure devant l'autorité des spécialistes, acceptant d'eux conseils et suggestions, je ne le fais que parce que personne ne m'y oblige ». Plutôt que d'affirmer l'autorité indiscutée de la science, il fallait liquider celle-ci en tant qu'autorité morale. La science devait être répandue parmi tous et, en devenant le patrimoine de tous, elle « gagnerait en utilité et en grâce ce qu'elle perdrait en fierté, ambition et pédanterie doctrinaire ». Il n'y aurait pas d'autre récompense pour les savants que le plaisir élevé qu'un esprit noble trouve toujours dans la satisfaction d'une noble passion.

D'autres anarchistes, d'ailleurs, n'ont pas perçu la science comme un agent neutre. Errico Malatesta écrivait en 1929 que :

« La science, arme qui peut être utilisée à de bonnes ou à de mauvaises fins, méconnaît complètement l'idée de bien ou de mal. Nous ne sommes donc pas anarchistes pour des raisons scientifiques, mais parce que, entre autres, nous voulons que tous soient en mesure de jouir des avantages et des plaisirs que la science procure. »

Le projet démocratique des libertaires se voit ici clairement. Chez Bakounine et Malatesta, pour ne citer que deux théoriciens anarchistes, la science est considérée avec prudence et, ils rejettent toute loi ou dictature de qui que ce soit, promulguée au nom de quelque institution scientifique.

On ne peut néanmoins soutenir que tous les marxistes entonnèrent les louanges de la science et qu'ils embrassèrent le scientisme, comme Bernal et quelques autres éminents savants de Grande-Bretagne. D'autres marxistes, comme Lukács, avaient prévenu contre de telles acceptations de la science. L'objectif de cette étude n'est pas de documenter les attitudes marxistes à l'égard de la science ; cette section souhaite cependant montrer que beaucoup de monde, marxistes inclus, était prêt à utiliser l'État comme agent de changement. Et nous nous tournons, à présent, vers la situation en Espagne et la pensée de Félix Martí Ibáñez.

Les idées sur la santé des anarchistes espagnols dans les années 1930

L'Espagne des années 30 était essentiellement un pays agricole, avec des régions qui venaient récemment de développer des industries lourde et légère, comme le pays Basque et la zone autour de Barcelone. Une large proportion de la force de travail travaillait encore la terre, et le niveau des soins médicaux, d'alphabétisation et de culture était faible. Michael Seidman, dans une analyse comparée du travail à Barcelone et à Paris, a remarqué que la santé publique en Espagne s'était considérablement améliorée durant le premier tiers du siècle. Néanmoins, la situation de l'Espagne était pire que celle de la France : en 1936, 109 pour 1000 des enfants espagnols mouraient avant l'âge

d'un an, contre 72 pour 1000 en France. En 1935, Barcelone déclarait 17 morts par typhoïde sur 100 000 habitants, contre 2 à Paris. Cette situation commença à changer quand fut inaugurée la Seconde République en juillet 1931, et que fut mis sur pied un projet social de modernisation et de démocratisation du pays face aux problèmes structurels brutaux et aux puissants courants des pouvoirs établis, fortement enracinés dans le sol espagnol et hostiles à la modernisation du pays.

L'anarchisme et sa forme plus syndicale, l'anarcho-syndicalisme, avaient une longue histoire en Espagne. Si les différences entre les idéologies et les pratiques ne sont pas traitées ici, il est vrai de dire qu'au moment de la Seconde République l'organisation anarcho-syndicaliste C.N.T., Confédération Nationale du Travail, s'organisait au grand jour et avec beaucoup de succès. L'objectif des deux organisations anarchistes qu'étaient la Fédération Anarchiste Ibérique (FAI) et la CNT était la destruction du capitalisme et de l'État, afin de permettre l'existence d'une société fondée sur la solidarité et l'aide mutuelle.

Avant la fin de la première année de la République, le personnel de la CNT qui travaillait dans la profession médicale tint une rencontre pour constituer une fédération nationale industrielle des syndicats de la santé affiliés à la Confédération, en accord avec la nouvelle insistance de la CNT sur des fédérations industrielles nationales selon les « métiers ». A la rencontre inaugurale de cette fédération, bien des points d'intérêt furent soulevés.

L'assemblée déclara que les objectifs de la Fédération des Syndicats de Santé avaient été faussés par la société bourgeoise. Ce qui tenait lieu de soins médicaux était lié à une bureaucratie qui ne réagissait que contre les microbes et les épidémies. Selon les anarcho-syndicalistes, on tentait de concilier la protection de la santé avec une nourriture frelatée, un habitat médiocre, un travail malsain et même avec le système capitaliste, de sorte que la santé du peuple et la vie d'un groupe de gens étaient moins respectables que la somme de mille pesetas. Pour cette raison, la profession médicale ne s'occupait pas de la tâche fondamentale, le soin et la défense de la santé.

Les analyses libertaires soutenaient que l'atmosphère sociale suscitait des complicités entre la médecine, la spéculation commerciale et le profit. Cet alignement détruisait le sens critique de l'individu ou le sentiment philanthropique avant même que celui-ci puisse apparaître. En une phrase : « Le droit à la santé devrait être garanti par l'organisation sociale [qui] devrait fournir à chaque individu la nourriture, le vêtement, l'abri, l'éducation et les soins techniques ». L'objet de l'article et les objectifs de la Fédération de la Santé CNT étaient que si la société était organisée d'une manière différente dans ses objectifs et ses principes directeurs, les besoins de chacun seraient pourvus. Tel était le devoir de tout système de soins médicaux et de toute disposition médicale. La même idée avait déjà été affirmée dans un article par un membre, Augusto Moisés Alcrudo, qui participa à la formation de la Fédération de la santé. Dans son article *Comunismo sanitario* (Le communisme hygiénique ou de la santé) il soutint l'idée que le soin médical était libérateur puisque la santé elle-même était liberté. Le communisme de la santé que la CNT visait à créer

serait libérateur pour tous ceux qui souffraient et pour tous ceux qui n'avaient pas encore souffert.

Dans un autre journal, la revue de l'*Organización Sanitaria Obrera* (Organisation de Santé des Travailleurs), il était déclaré que cette nouvelle organisation, qui devait créer des cliniques et des centres d'information pour les travailleurs à travers un système de souscription, «souhaitait poser les premiers jalons de l'affection et de l'amour entre tous les travailleurs grâce à la culture et au plaisir de la vie». Cette organisation n'était pas une entreprise de la CNT, mais elle avait des liens avec le syndicat et quelques membres de la CNT participaient dans l'OSO. A un niveau plus populaire, le souci pour des normes générales d'hygiène apparaissait dans le quotidien anarcho-syndicaliste *Solidaridad Obrera* qui discutait du système sanitaire de Barcelone et exprimait la préoccupation des médecins anarchistes au sujet de la maladie. Dans un article non signé du 30 mai 1931, une meilleure hygiène était demandée pour quelques-unes des rues les plus pauvres de Barcelone. Certaines rues étaient «une fosse d'aisance concrètement, moralement et publiquement». Comme on peut le voir, *Solidaridad Obrera* ne se préoccupait pas seulement de la propriété physique. Cela est apparent aussi dans le commentaire que «Le spectacle tout entier ne pouvait pas être plus bouleversant. L'immoralité ne pouvait pas être plus révoltante et la contagion plus réelle et scandaleuse». *Solidaridad Obrera* s'exprimait nettement sur les causes de la situation : les gens étaient corrompus par la société. La situation n'était pas leur œuvre et ils n'étaient pas coupables. Il fallait «purifier» les conditions sanitaires médiocres, et par là la société.

Dans un autre article, le docteur anarchiste Isaac Puente critiquait le Second Congrès médico-social contre la tuberculose pour ses résultats décevants. Parmi les accords établis à cette assemblée, il en était un qui recommandait un salaire accru pour ceux des médecins qui combattaient la tuberculose. Aux yeux de Puente, cela ne consistait pas à passer aux choses sérieuses, lesquelles réclamaient une amélioration générale de la santé, de l'habitat et plus de sécurité dans le travail. Le naturisme était aussi proposé comme solution.

Avant d'avoir encore abordé la pensée du Dr. Martí Ibáñez sur ces questions, on peut voir que le discours en matière de santé, du moins dans les cercles ci-dessus, était lié à une projet de changement social beaucoup plus large et plus ambitieux. Ces liens deviendront plus clairs dans la discussion des idées de Martí Ibáñez.

La pensée du Dr. Martí Ibáñez

Le docteur Félix Martí Ibáñez était l'un des nombreux professionnels impliqués dans la CNT anarcho-syndicaliste dans les années 1930. Né à Carthagène en 1913, il mourut en exil à New York en 1974. Son doctorat de l'Université de Madrid était consacré à une comparaison historique de la psychologie orientale et occidentale. Martí Ibáñez participait à plusieurs clubs intellectuels et sociaux. Martha A. Ackelsberg présente un court survol de ses écrits et de son influence dans les cercles anarchistes et se réfère à lui

comme le «doyen» de la politique sexuelle dans ces cercles. Martí Ibáñez est spécialement intéressant parce qu'il devint à 24 ans directeur du Département Catalan de la Santé et de l'Assistance Sociale (SIAS) durant les mois révolutionnaires de la Guerre Civile. De tous les gens liés à la médecine qui se trouvaient à la CNT, ce fut lui qui écrivit le plus au sujet d'une révolution de la santé et des soins médicaux durant la période révolutionnaire elle-même.

Pour les besoins de cet article, je puiserai dans le livre que Martí Ibáñez écrivit après la fin de l'influence de la CNT dans le SIAS, intitulé *Obra. Diez meses de labor en Sanidad y asistencia social* (Notre œuvre. Dix mois de travail dans les services sociaux et de la santé). J'emprunte à cette source du fait qu'une grande partie de l'ouvrage est consacrée à la réforme eugénique entreprise par les anarchistes espagnols durant la révolution et la guerre civile ainsi qu'à l'hygiène des milices et la question des maladies vénériennes. Un chapitre traitant spécifiquement du concept de Martí Ibáñez de «thérapie sociale» est intitulé : «*Las bases de la Socialterapia*» (Les fondements de la thérapie sociale) où il détaille aussi les entreprises de la SIAS sur cette question. C'est principalement sur ce chapitre que cette analyse s'appuie.

Avant de discuter de thérapie sociale, Martí Ibáñez affirme que l'objectif de la SIAS était de convertir et socialiser les soins médicaux à un rôle préventif plutôt que curatif. Par «socialisation» il désigne le concept syndicaliste de propriété générale et de contrôle général de tous les aspects de la société par ceux qui, d'une manière ou d'une autre, sont affectés par elle. Conception plus large que le contrôle marxiste sur les moyens de production, l'idée syndicaliste étend le contrôle à ceux qui travaillent dans l'«industrie» spécifique et à ceux qui utilisent le «produit» d'un travail donné. Le contrôle sur ces moyens serait exercé par les gens eux-mêmes, qui établiraient un conseil ou comité de coordination révocable, démocratique et il décrit les «*liberatorios de prostitución*», genre de centres de réhabilitation pour les prostituées, lequel malheureusement ne dépassa pas le stade du projet¹. Dans ces centres, les prostituées entreprendraient trois étapes de thérapie qui seraient, d'abord, sanitaire, puis liée à la rééducation et la thérapie sociale ; enfin un travail leur serait trouvé quand elles quitteraient le centre. Martí Ibáñez décrivait ce processus comme une solidarité au sens moral, une thérapie sociale au sens technique et une action humanitaire au sens social. Dans un véritable style anarchiste, il soutenait que la «rédemption» de ces «mercenaires de l'amour» serait la tâche des prostituées elles-mêmes, reflétant le slogan de la Première internationale : l'émancipation des travailleurs sera la tâche des travailleurs eux-mêmes. De plus, la présence et l'engagement seraient purement volontaires.

Plus spécifiquement, dans le chapitre «Les fondements de la thérapie sociale», Martí Ibáñez commença par déclarer que tout médecin qui n'était pas enrégimenté ou «mercantilisé» par sa profession, savait que dans chaque

1. Nous avons conscience que la pensée de Martí Ibáñez est à contextualiser dans l'Espagne des années 1930. Cependant, nous pensons que ce passage est stigmatisant pour les prostituées, qui, pour nous, n'ont pas besoin de «rédemption». Lorsque le patriarcat sera détruit, et c'est un des buts que nous poursuivons, chacun-e sera libre de disposer de son corps comme il/elle le désire. (Note du Collectif)

patient, surtout s'il est d'origine ouvrière, la maladie a une cause sociale ou morale. C'est celle-ci qu'il faut prendre en charge. De plus, toutes les maladies représentent en dernière analyse une réaction individuelle aux problèmes vitaux de l'individu. Si nous comprenons ainsi la maladie, le concept est élargi et devient un problème social qui doit être élargi par la collectivité. Les diagnostics des médecins ne mettent le doigt que sur un simple « morceau d'une mosaïque de morbidité plus large ». Au-delà de la mosaïque se situent des questions sociales profondes. Martí Ibáñez affirme cela contre les médecins que la science a transformés en automates, et qui ne voient que l'aspect localisé de la maladie plutôt que les causes psychologiques, « combattant ceux d'entre nous qui, en addition d'être médecins, sommes des hommes libres, désireux de créer une forme de médecine plus juste, plus scientifique, et par dessus tout, plus profondément humaine ».

Dans la médecine sociale, il était nécessaire de regarder la personne tout autant que l'environnement dans lequel elle vivait et travaillait. Ce que la thérapie sociale propose est « la reconstruction de la personnalité du malade, de l'anormal, de l'homme dans le besoin, et la recherche de celles de ses énergies qui sont encore disponibles et qui créent la situation actuelle ». Félix Martí Ibáñez offre l'exemple d'une femme qui vint le voir avec des tendances névrotiques et mélancoliques. Dans la thérapie sociale, remarquait Martí Ibáñez, son style de vie serait étudié et les résultats suivants auraient été trouvés : c'est une femme mariée qui est enceinte, abandonnée par un mari alcoolique, en conflit sexuel avec lui, qui doit s'occuper seule des enfants et a été renvoyée de son travail. La thérapie sociale conseillerait un traitement médical et d'abord psychologique, rechercherait le mari et s'efforcerait de le désintoxiquer de l'alcool, de résoudre le problème sexuel des deux partenaires et, si possible, de les remettre ensemble. Ses dettes financières seraient payées, les enfants seraient pris en charge et elle serait réinsérée dans son emploi. Bien que cette situation puisse sembler inventée, elle sert à illustrer la manière dont la thérapie sociale fonctionnerait, en accord avec les souhaits du patient. Comme arguait Martí Ibáñez, un médecin tout seul ne peut faire toutes ces choses ; une organisation sociale entière en charge de la santé du prolétaire (*asistencia proletaria*) doit en prendre la responsabilité.

Martí Ibáñez tenait à préciser qu'un tel système de thérapie sociale ne serait jamais réalisé dans des états capitalistes, même si quelques pas peuvent être faits avant la fin de l'ère capitaliste :

Nous devons commencer la Révolution et la développer individuellement et collectivement aussi loin que possible. Car quand et si le capitalisme s'écroule définitivement, nous devons avoir les fondements d'une nouvelle architecture sociale déjà posés et il sera alors beaucoup plus facile de compléter notre tâche et de planter le drapeau de la liberté que si nous laissons tout pour ce moment.

Martí Ibáñez continua à détailler ses plans de thérapie sociale en déclarant que ceci impliquerait cinq stages distincts pour un individu malade ou mal ajusté. Ceux-ci étaient :

- * l'histoire personnelle du patient
- * l'investigation sociale et psychologique de la personnalité et de l'environnement du patient ainsi que l'interrelation entre les deux
- * un diagnostic social de son développement psychophysique et de sa capacité à travailler
- * un pronostic social : perspectives d'avenir
- * la thérapie sociale proprement dite : resocialisation de l'individu grâce aux ressources médicales, psychothérapeutiques et sociologiques

L'histoire personnelle du patient était de la plus haute importance dans ce processus. Le compte-rendu par la personne elle-même de sa situation personnelle (*autorrelato*) révélait au thérapeute une grande partie de la personnalité de l'informateur ou de l'informatrice. L'investigation sociale du « patient », terme que Martí Ibáñez utilise au sens le plus large et qui inclut non seulement les malades mais les délinquants, les inadaptés sociaux (*inadaptados*) et ceux qui avaient échoué (*fracasados*) serait effectuée par le sociologue, le médecin, le pédagogue et l'économiste au sein de l'organisation collective de sociothérapie. Il y aurait deux types de sources pour la recherche sociale du patient : en premier lieu, les données personnelles sous le titre de « caractérologie », et en second lieu les données obtenues par l'observation du patient et qui seraient vérifiées par les gens avec lesquels celui-ci ou celle-ci vivait.

Martí Ibáñez percevait les limites de ces facteurs et affirmait que certaines de ces données seraient subjectives, et il fallait prendre en compte qu'elles représenteraient le point de vue de gens comme la famille, les amis, les collègues de travail décrivant cet individu. D'autres données seraient plus objectives et plus scientifiques. Elles incluraient le rapport médical du médecin traitant, sur les caractéristiques psychiques et physiques et l'influence du caractère. Un psychologue en tirerait les « superstructures psychiques » de l'individu. À partir de toute cette information, un diagnostic et un pronostic social seraient obtenus, puis commencerait le traitement de thérapie sociale, concentré sur deux types d'influences : premièrement les influences individuelles, physiques, intellectuelles et psychiques, deuxièmement les ressources environnementales et económico-sociales.

Toutes ces étapes permettraient de revitaliser les énergies sapées du patient, mises en veilleuse par suite d'inadaptations antérieures. Il fallait renforcer chez le patient trois types d'énergies : les « énergies sociales », accroissant les aptitudes du malade à divers types de travail ; « l'énergie spirituelle », facilitant l'accès à la vie culturelle et à la relation de camaraderie fraternelle avec les autres ; et finalement les « énergies psychiques » qui soutiendraient des sentiments d'estime de soi. Cette activité complète et saine mènerait à des conquêtes insoupçonnées : elle offrirait le moyen de combattre les maladies, elle permettrait à l'individu de se découvrir dans son environnement, elle faciliterait le retour à une vie libre et digne de ceux qui avaient des problèmes. En somme, cette stratégie était perçue par Martí Ibáñez comme complètement différente de l'indifférence cruelle déployée par la société à l'égard des ceux qui sont des

délinquants ou des «cas». Martí Ibáñez revendiqua certains succès pour ces méthodes et raconta le cas de patients dont il vit la personnalité s'épanouir après qu'il eut réalisé une thérapie sociale individuelle et qu'il les eut introduit dans un environnement artistique, culturel ou de jeunesse.

A la fin de son chapitre, dans un magnifique discours en castillan, il narre sa rencontre avec un travailleur de la terre en Castille, alors qu'il marchait «à une certaine occasion à travers les terres de Castille, voyageant par la poussièreuse *meseta*, avec sa terre dorée et ses oliviers de bronze, sous l'amphore indigo du ciel». Ce paysan lui dit qu'il allait parfois au village pour parler avec ses camarades, en était revitalisé et continuait à travailler avec une vigueur renouvelée. Pour Martí Ibáñez, de manière peut-être un peu simpliste, cela représentait ce qu'une thérapie ouvrière impliquerait : un contact fraternel et une solidarité spirituelle.

Conclusions

Le Dr. Félix Martí Ibáñez et la fédération de la santé CNT souhaitaient altérer la nature même des soins médicaux impliqués par la société capitaliste. Cela allait de pair avec une vision qui dépassait les simples modifications superficielles produites par une structure que les contradictions internes et les traits nocifs rendaient impuissante à répondre aux besoins, à entretenir et à assurer une santé florissante à ses «sujets». Le concept même de «soins de santé» était élevé à un niveau différent où l'individu était le responsable de sa santé tant dans une société capitaliste, qui produisait la maladie même, que dans une société nouvelle, dont les fondements étaient déjà établis. Dans ce système de soins médicaux, le docteur, le sociologue, le pédagogue et l'économiste seraient à l'écoute pour aider le patient. Mais il est important de souligner que cela ne se limitait pas à la société capitaliste : tout l'organisme sociale devait devenir un organisme humanitaire, dans lequel la santé était liberté et la liberté était santé, pierre de touche de toute nouvelle société fondée sur la raison, comme celle que les anarchistes souhaitent créer.

Si ce n'est pas ici le lieu de discuter l'efficacité du projet de thérapie sociale de la CNT et de Martí Ibáñez, ce qui est intéressant de noter dans cet article est le fait que Martí Ibáñez était conscient des «us» et «abus» de la «science», mais été préparé à l'intégrer aussi pleinement que possible dans son projet de changement social. Si dans certains secteurs du mouvement anarchiste la science était vue comme la solution suprême, il n'y avait pas, du moins dans les études examinées, ce scientisme global de quelques-uns des marxistes anglais. Martí Ibáñez, comme beaucoup de gens de gauche de l'époque, voyait la question de la science dans les termes d'une activité et une explication objectives des phénomènes, qui pouvaient être soit «utilisés» soit «mésusés», selon les principaux acteurs impliqués.

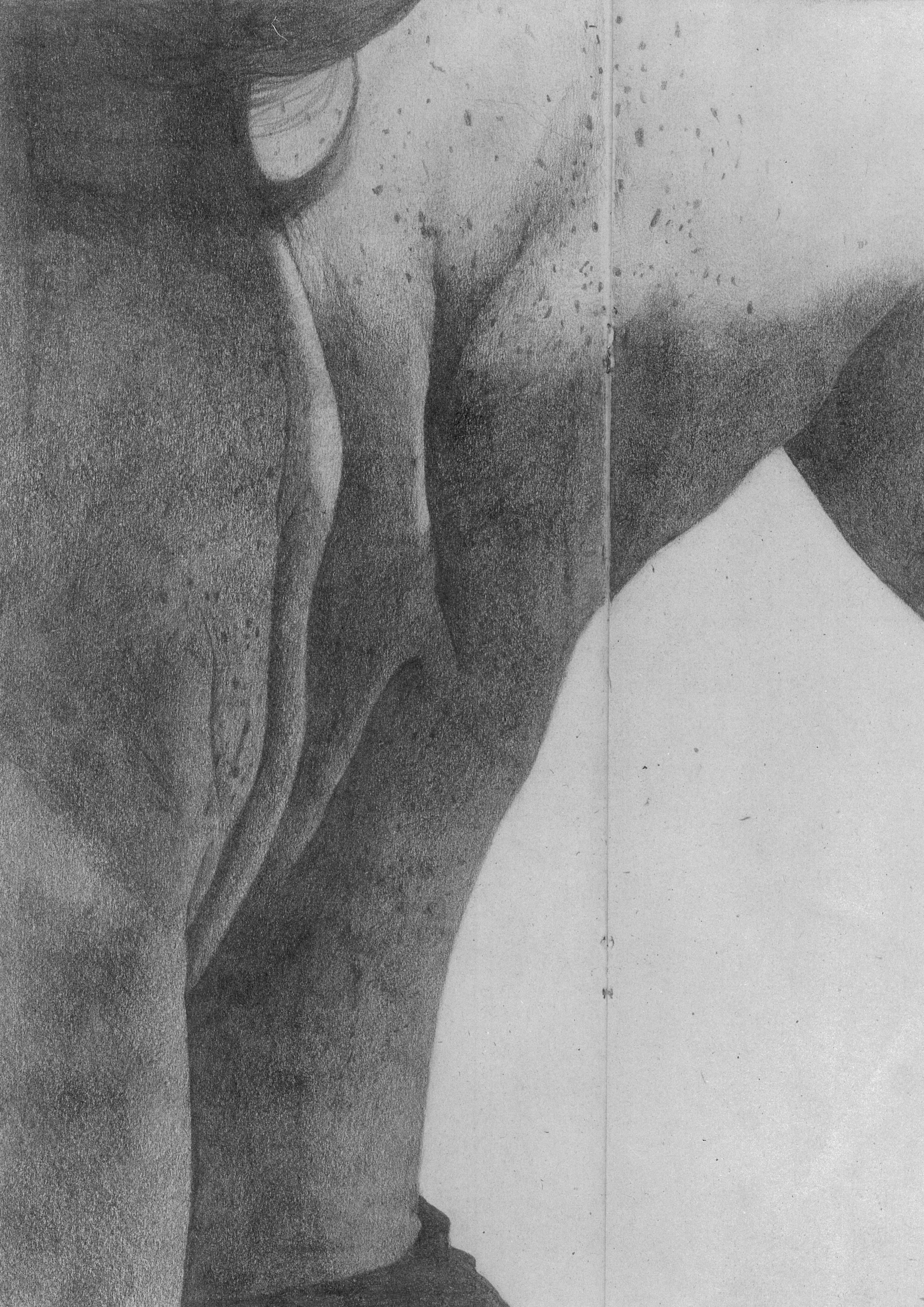
Néanmoins, lorsque nous en venons à analyser la thérapie sociale de Martí Ibáñez, il subsiste des problèmes. Si celle-ci était conçue comme un processus volontaire, la nature subjective de ce qui était «déviante», «mal ajusté» ou en besoin de traitement psychologique aurait reflété les idées tenues par les

thérapeutes et l'idéologie anarchiste de l'époque. Ainsi, du fait de leurs pratiques sexuelles, on aurait perçu des groupes tels que les homosexuels comme étant en besoin d'aide, plutôt que de considérer les attitudes de la société, ou ceux qui entretenaient les préjugés sociaux, y compris les anarchistes, comme étant fondamentalement dans leur tort.

Dans bien des sens, donc, la question de l'expert demeure toujours irrésolue. On pourrait argumenter que les grotesques abus de pouvoir entrevus dans les dernières décennies en psychiatrie et en psychothérapie seraient moins vraisemblables dans une thérapie sociale libertaire, puisque, en premier lieu, ce sont les patients qui devraient décider s'ils désirent s'impliquer et que, en second lieu, le traitement assuré par des thérapeutes libertaires seraient, ou du moins devraient être fondés sur le précepte humaniste des désirs et besoins des gens.

Bien que le Dr. Félix Martí Ibáñez et d'autres médecins libertaires critiquèrent et prirent leurs distances des praticiens élitistes et bourgeois qui les entouraient, et bien qu'ils aient souhaité la généralisation du savoir et de la « science », on peut néanmoins s'interroger sur l'influence et le pouvoir tenus par des thérapeutes anarchistes. Il semble à l'auteur de cet article que la clé de ces questions peut être fournie par la condition que chacune ces mesures ne soit pas obligatoire, mais volontaire. Ceci peut se réaliser sans une dimension autoritaire, obligatoire, étatique. Il demeure, bien sûr, les problèmes de l'action à entreprendre contre un comportement « antisocial », phénomène qui ne s'évanouira pas tout simplement avec l'arrivée d'une société libertaire. Ce sujet puise dans un débat déjà existant dans l'anarchisme, débat qui peut être utilement lié aux débats sur les formes libertaires de soins médicaux.

En l'absence d'études profondes spécifiques sur la question du « crime », de la santé et de « mesures correctives » dans le contexte de la révolution espagnole, quelques remarques peuvent être faites sur l'impact de la thérapie sociale dans les événements de 1936. Ceci est naturellement difficile et nous devrions déterrer des rapports et des statistiques de l'époque. Nous pouvons au moins dire que le concept anarchiste de la santé fut une tentative pour se fonder sur les besoins humains et fut considéré comme une partie prenante de la vie et des nécessités de la vie des travailleurs, et n'était donc pas perçu comme une question latérale isolée. La santé était considérée comme un art qui pouvait être atteint par des gens conscients, qui prenaient soin d'eux-mêmes avec l'aide d'experts. Dans ce processus à double direction, néanmoins, c'était la personne en bonne ou mauvaise santé qui déciderait de qui prendrait soin de sa santé. Ce pouvoir du peuple de contrôler sa propre vie était central au projet révolutionnaire de transformation globale des individus et de la société que les anarchistes et les anarcho-sindicalistes combattirent pour réaliser. Ce processus de prise de pouvoir demeure aussi comme une tentative pour résoudre et peut-être dissoudre la tension entre les objectifs de l'expert, de l'autorité et ceux des libertaires en matière de soins de la santé.



DE L'ISOLEMENT DU RESENTI DANS LA SPHÈRE POLITIQUE

SAM DAICRUS

Texte écrit en Mars 2014.

La société dans laquelle nous vivons est source d'oppressions, de souffrances et de violences constantes ; et au sein du « milieu militant »¹ s'entendent des appels comme « j'ai peur », « j'ai mal », « j'm'sens seul-e ». Il y a aussi des personnes qui se suicident ou tentent de le faire, d'autres qui passent par l'hôpital psychiatrique quand des appels à l'aide ne sont pas correctement pris en compte, voire ignorés.

Si cette souffrance psychique et physique – ces deux dimensions étant toujours liées – peut parfois découler directement ou indirectement de l'activité militante, elle est rarement l'objet d'une solidarité collective ; sa prise en charge est généralement considérée comme relevant des seules sphères privée et affective. Ce qui n'est – au premier abord – ni de l'ordre de l'action ou du théorique est souvent tu ou dévalué dans son importance, « relégué » à la sphère intime et aux bons soins des femmes², voire considéré comme menace ou obstacle à la lutte politique.

Or le politique ne s'arrête pas aux portes des foyers. Sans nier l'importance de préserver une intimité propre à chacun-e, ni faire un appel à la transparence de chacun-e-s envers tou-te-s³, y cloisonner certaines situations politiques contribue à leur perpétuation, à l'abri de toute remise en cause et attention collective. S'il n'est pas question de prétendre à une cohérence intégrale entre pensée et pratique, ce qui vaut pour une part – militante – de sa vie le vaut aussi pour les autres. L'isolement physique des individu-es et la disparition progressive de l'espace public et du commun s'accompagnent, dans le même temps, de l'intrusion de plus en plus poussée des outils de contrôle et de répression capitalistes dans toutes les strates de nos vies, même les plus profondes.

1. Dans ce texte, à défaut d'avoir trouvé de terme plus adéquat, j'entendrai par « militantisme » le fait d'avoir une conscience politique – ou du moins de s'en prévaloir – visant l'auto-détermination collective et de la mettre en œuvre au sein de groupes (collectifs, assemblées, syndicats) et/ou dans sa « vie quotidienne ».

2. Le mot femme renvoie globalement au sens et à la représentation « biologique » du terme, reposant sur une catégorisation strictement binaire – socialement construite et entretenue comme telle – des sexes et sur laquelle se base la norme dominante. Cette classification incluant une hiérarchisation et une valorisation du sexe mâle et ignorant volontairement les continuums sexe et/ou genre, est profondément ancré dans de nombreux imaginaires. *Ce sont les représentations reposant sur ce sens « biologique » qui sont évoquées quand le terme « femme » n'est pas mis entre guillemets puisque ce sont celles qui sont mobilisées par une grande part des personnes/groupes évoqué-es dans ce texte.*

3. Outre que sa mise en pratique est irréalisable, la transparence généralisée aurait de sévères relents totalitaires.

Il va s'agir alors d'interroger ici le pourquoi de la si timide – voire inexistante – place accordée aux affects au sein des pratiques et des réflexions militantes, ceci afin de redonner toute leur dimension politique aux ressentis et à l'attention mutuelle.

Souffrance militante

Autour de nous...

La « conscience politique »⁴, en pensée comme en pratique, expose à plusieurs formes de violences. D'abord, avoir conscience de l'iniquité de l'existant – perception d'autant plus vive et acérée parce que lue à travers un filtre théorique – nous le projette en pleine face. Et si ce recul peut aguerrir, il peut aussi affaiblir. C'est sentir à tout instant le contrôle insidieux et totalitaire des institutions et appareils de la « démocratie » libérale à toutes les étapes de la vie (maternité, école, unité de soins palliatifs...) et les logiques qui les sous-tendent (compétitivité, culte de la performance...) au taf comme au sein des temps dits « libres ». Aidé – mené ? – par tout un arsenal nécro-technologique, le système⁵, tout en éradiquant consciencieusement toute vie publique, s'octroie une place toujours plus prégnante dans nos vies « privées ». Sous le vernis participatif pulse l'œil-trique biométrique du panoptique⁶.

De plus, la volonté de dézinguer la merditude systémique de ce monde – que d'autres ne savent/veulent voir ou dont ielles profitent – et la réalisation pratique de cette intention, nous confronte aux tonfas dégoulinant de légalité de ses tenanciers. À cela s'ajoutent enfin l'usure éprouvée à voir cet « ordre » établi si peu prompt à s'extraire de sa crasse, le désarroi et l'impuissance ressentis à ne parfois pouvoir en être que les spectat·rices/eurs averti·es.

Toute cette violence symbolique et physique – si tant est qu'on puisse distinguer ces dimensions dans leurs effets – et la frustration qu'on endure en s'en prenant à ce monde que l'on ne peut plus saquer, écorche à vif crânes et cœurs.

En nous, par nous...

S'inscrire dans une démarche politique radicale nous rend d'autant plus sensibles aux contradictions qui nous habitent et peut nous faire ressentir un

4. « Conscience » au sens de compréhension intellectuelle et émotionnelle des dominations et oppressions ayant cours dans l'existant, et non pas au sens d'« éveil » politique (même si ce sens y est très lié).

5. Entendu comme ensemble organisé et coordonné de divers éléments, dont certains semblent, en apparence, indépendants des autres.

6. Type d'architecture carcérale imaginée par le philosophe Jeremy Bentham à la fin XVIII^e siècle. Cette structure permet à un gardien, logé dans une tour centrale, d'observer tou·te·s les prisonnièr·e·s, enferm·e·s dans des cellules individuelles autour de la tour, sans que ceux-ci puissent savoir s'ielles sont observé·es. Michel Foucault en fera le modèle de l'omniscience disciplinaire et de l'intériorisation d'une surveillance sans trêve.

profond tourment. Vivre dans une société contre laquelle on se bat nous place devant l'usure engendrée par la volonté de mise en cohérence constante de nos pratiques, pensées et idéaux.

La connaissance des rouages régissant l'existant ne nous en émancipe pas pour autant. Nous naissons et vivons dans ce monde, et en être tributaire peut avoir pour corollaire l'intériorisation de ses règles. Une des plus belles ruses du capitalisme est en effet d'inscrire en nous ses normes : le/la flic est aussi dans nos têtes et fait parfois de nous, malgré nous, le véhicule de ses préceptes. L'aliénation et la domination, alternativement passagers et pilotes, s'expriment parfois à travers nos pratiques et nos discours. Surfant sur le mythe cybernétique⁷, la technologisation du contrôle fait de nous de simples relais, des points nodaux de la domination.

Mais ces règles ne médiatisent pas que nos rapports aux institutions, aussi oppressives soient elles : elles structurent aussi nos rapports à l'autre, dans la sphère publique comme privée – même si, dans cette dernière, elle agit de façon plus diffuse et voilée. Souffrance donc, de se rendre compte que nous pouvons parfois, et souvent malgré nous, reproduire dans nos pratiques comme dans nos pensées ce que l'on combat par ailleurs. Quand le cynisme et la barbarie des appareils répressifs cognent et défoncent nos proches et nous-mêmes, peut rugir en nous la rage ; et malgré un rejet par certains du virilisme, l'envie – voire le besoin – de cracher à coup de lattes ce dégoût et cette haine à la gueule des Gardes Morbides et autres Crevards du Règne Sécuritaire l'emporte parfois.

De plus, le contrôle omniprésent évoqué plus haut – interne comme externe, visible ou voilé – peut nous pousser à développer une certaine paranoïa, un cloisonnement envers l'inconnu.e. Entretien par – et en partie cause de – notre isolement, cette prédominance d'une méfiance quasi instinctive, au détriment de la confiance, nous conduit parfois à exclure l'autre en rendant hermétique l'accès à/de l'autre tant qu'elle n'a pas fait les preuves de son intégrité. La volonté – parfois naïve et vaine – de discrétion face aux écoutes et aux regards des forces répressives peut ainsi se retourner contre nous en limitant la compréhension de nos dialogues et visées aux seul.e.s initié.e-s, voire en les rendant opaques à quiconque. Si nombres de murs ont des oreilles, s'encercler de barricades phoniques peut faire de ces dernières nos propres geôles.

De la division des espaces et des sexes

Les mécanismes de domination et d'oppression ne sont donc pas seulement à l'œuvre dans nos rapports aux institutions et aux organisations « externes » à nos milieux ou à nous-mêmes, ou dans la seule sphère publique.

7. Développé dans les années 1940 par le mathématicien Norbert Wiener, le mot cybernétique est ici entendu comme science facilitant et accélérant la communication et la transmission d'information entre différents points d'un réseau, et permettant ainsi un meilleur contrôle de ce dernier.

Ces mécanismes subsistent à l'intérieur des domiciles. Ils structurent aussi nos rapports à l'autre dans la sphère dite « privée » et « intime », même s'ils y sont plus dissimulés, moins visibles. Comme on a pu déjà l'évoquer, le système est partout, il peut d'autant plus aisément agir... à couvert ; que le privé se ferme et s'étend, que la division et l'individualisme règnent. Le renvoi du « traitement » de certaines questions à la seule sphère de l'intime revient à entretenir leur invisibilisation par l'idée qu'on ne peut agir qu'individuellement sur celles-ci et/ou auprès de nos seul-es proches. Or il ne s'agit pas d'une question seulement psychologique, mais bien sociale et politique.

Un autre problème posé par ce transfert vers l'« hors-scène » publique et politique est que la notion d'« intime » renvoie, dans l'imaginaire comme dans la pratique effective, au rôle et à l'espace où sont cantonnées les femmes. Cette scission entre espace public (collectif) et espace privé (individuel) peut ainsi se doubler d'une distinction sexuelle des tâches militantes, renforçant alors cette dernière. Cette double division, qui n'est pas le propre du capitalisme – même si celui-ci en tire profit et la renforce –, nous donne une illustration claire et concrète de la manière dont nous pouvons nous-même reproduire des pratiques dénoncées par ailleurs.

Si dans les discours militants l'antisexisme et la non-domination d'un genre sur les autres sont généralement perçus comme quelque chose vers lequel tendre, voire comme – illusoirement – « déjà-là », l'assignation des rôles en fonction des sexes a bien cours, dans la sphère publique, et *a fortiori* dans la sphère privée. On se tourne en effet bien plus généralement et volontiers vers les femmes quand il s'agit de se faire réconforter/soigner, et de recevoir un accueil bienveillant ; le mythe de la « femme au foyer » et de l'« instinct maternel » semble avoir encore de beaux jours devant lui. Et comme tous les travaux des « femmes » dans une société patriarcale, celui d'écoute est invisibilisé et dévalué.

En bref, le privé est politique.

Ce qui se vaudrait, ou pas, en terme de luttes et de pratiques politiques

Hiérarchisation : action > recul réflexif > affect

Il existe, dans un certain nombre de « milieux » militants et/ou chez certain-es de ceux qui les composent, une distinction entre ce qu'il se doit d'être privilégié en terme de lutte politique... ou pas. L'action directe peut ainsi être privilégiée au détriment du recul – aussi bien en termes de temps que de réflexion. Or la précipitation et le manque de mise en contexte rendent parfois bancales nos volontés et actions de transformation. La logique court-termiste – parfois même compulsive – de l'activisme pur, fait courir d'une lutte à l'autre sans prendre le temps de s'interroger soi-même et de construire quelque chose d'un tant soit peu pérenne. C'est sautiller sur

les charbons ardents de l'existant sans l'éteindre, en ne le recouvrant que de quelques cendres vite dispersées. Or l'émancipation et l'autonomie⁸ tant célébrées sont des processus demandant une veille constante car toujours à (dé)construire ; ne pas suivre les voies du capitalisme n'exclut pas de tracer à tout instant les nôtres. Ainsi il peut être sage de savoir parfois mettre entre parenthèses l'efficacité immédiate pour construire un « en-dehors ».

Cette même urgence, ce besoin d'agir « concrètement », et l'effervescence qui peut l'entourer, si elle nous fait renvoyer le réflexif à l'après-coup, occulte aussi une autre « composante » : celle du ressenti, de l'affect. On tend alors à hiérarchiser ce qui prime en terme d'intervention politique, rejetant hors de celle-ci l'attention collective portée aux ressentis. Cette vigilance est souvent considérée comme annexe au processus de destruction de ce système-monde. Or, pousser la radicalité c'est aussi chercher en nous et y opérer, de manière plus interne, l'extirpation de ce qui nous opprime. Et ce processus est lui-même collectif et politique, politique comme l'est la source de nos souffrances.

Si le rejet du ressenti hors du politique est dénoncé, le processus inverse n'est pas moins critiquable. L'exaltation de la liberté, l'apologie de l'hédonisme et de la spontanéité sans autres bornes que nos seuls désirs individuels⁹, témoignent d'une méconnaissance de ce qui nous travaille. Comme si la pureté de l'humain-e était souillée par le contact de l'autre et des concessions que cela implique. Comme si la seule prise de conscience, la seule intellectualisation permettait de s'émanciper de toute contrainte. Or la liberté et l'autonomie ne prennent sens que dans et par le collectif, et les contraintes que la vie en commun induit font fondamentalement partie de leur constante (re)construction.

Il n'est donc pas plus pertinent de distinguer recul réflexif et action directe – ou de privilégier l'un-e ou l'autre – que d'en dissocier le ressenti et le vécu. Il s'agit alors d'articuler ces dimensions qui ne devraient pas être distinguées.

De la faiblesse comme menace ? Appel du devoir *versus* devoir de rappel

Mettre à l'écart le ressenti c'est aussi négliger voire invisibiliser la souffrance et la fragilité. S'il n'est pas si facile d'accepter sa vulnérabilité et celle des autres, celle-ci peut apparaître pour certain-es comme une faiblesse, voire une menace : lorsque toute l'énergie disponible n'est consacrée qu'à la guerre contre la machine, en dépenser pour s'arrêter auprès de l'autre qui souffre n'est tout simplement pas possible, au risque de sombrer soi-même. Adoptant cette posture, celui qui expose sa souffrance risquerait alors d'être perçu-e comme une nuisance à l'action ainsi qu'à ceux qui la mènent, et en être exclu-e.

8. « Autonomie politique » au sens de construction, par l'ensemble des individu-es qui compose un groupe, des règles et principes dont celui-ci se dote.

9. Conception individualiste et libérale et non libertaire des rapports sociaux, quoi que puissent en dire certain-es de ses pratiquant-es.

Ces logiques activistes – dont certaines empestent le musc viriliste – se révèlent tout particulièrement lors de « camps action » ayant *a priori* pour visées la lutte collective contre les systèmes prônant la concurrence, la performance, les diverses formes de domination hiérarchique (autoritarisme, capitalisme, fascisme, etc.) et leurs manifestations. Or, durant ces moments, peut se déployer une organisation quasi paramilitaire et révéler la présence chez certains d'une fantasmagorie à peine voilée pour tout ce qu'elle implique comme mentalités et pratiques exécrables : sur-activisme aveugle, virilisme et dichotomie partisane du Nous contre Eux. Cette binarité simpliste et guerrière entre l'allié·e et l'ennemi·e fait mettre de côté – par oubli ou par confort – des remises en questions mutuelles pourtant nécessaires. Ce manque de lucidité concernant ses propres pratiques fait voir l'autre, et seulement l'autre, comme oppress·eur/euse, sexiste, raciste, etc. Or le/la barbare n'est pas seulement celui qui vit hors de notre cité, et cette dernière ne plane pas au-dessus de tout soupçon.

Dans cette manière d'envisager la lutte et la vie, on retrouve une autre binarité hiérarchique ayant comme fonction de légitimer la construction, l'oppression et l'infériorisation d'un groupe pour en tirer des privilèges : le patriarcat. Au nom d'un prétendu dépassement des problématiques ayant trait au genre et à la différence des sexes, certaines personnes ou groupes crachent leurs glaires sur des pensées/pratiques féministes, les dénonçant comme archaïques car entretenant ces divisions. Or ce dépassement n'est qu'un leurre, une proclamation de façade reposant sur le postulat que la seule « prise de conscience » suffit à s'émanciper de toute relation de pouvoir et/ou de domination. Les dispensateurs de ces discours arguent – avec une malhonnêteté crasse enrubannée de théorisation absconse – de cette transcendance pour pratiquer à l'envie leur machisme teinté de mysticisme chevaleresque¹⁰.

Dans cette célébration du seul activisme aux relents guerriers, l'autre est aussi celui qui doute de la pertinence du « foncer dans le tas dans tous les cas ». Celui-ci est ainsi considéré·e comme timoré·e : il s'agit de ne pas saper le moral des troupes par un scepticisme de mauvais aloi. Si dans cette optique la baston avec la bleusaille est exaltée (hache en bandoulière et citron en poche), c'est pourtant quand on se retrouve face à cette ultra-violence, pratiquée d'un côté de la barricade comme de l'autre, que l'on prend brutalement conscience de ce que l'on veut et/ou peut donner à l'activisme ; mourir ou perdre un œil pour des idées résonne alors comme un non-sens. Et refuser parfois l'affrontement physique quand on sent que ce n'est ni le lieu, ni le moment, quand on se retrouve aussi pour construire et non pas seulement détruire, n'est pas de la frilosité, juste de la lucidité.

De la Cause comme auteure de toutes les pratiques

Quand la souffrance n'est pas cyniquement relativisée par certains guerriers militants – comme quelque chose « qui arrive » –, elle peut aussi être

10. Et je ne parle pas ici des individu·es souffrant de rigidité du bras droit et célébrant les héroïcocoricos maréchans branlant leur épée de leur fourreau blanc-hermine (et tout ça sans bouger les oreilles !) ; quoique, concernant certain·es, cette distinction ne semble pas si tranchée.

invisibilisée et/ou amener ceux-ci à considérer celui qui souffre comme une charge excessive. En parallèle, cette logique confondant militantisme et militarisme amène à voir souffrances et blessures comme faisant « partie du jeu », voire comme un gage de bon activisme, comme fierté – du moins revendiquée comme telle – médaillable ; suffira de se donner quelques bonnes tapes viriles dans le dos et déposer une gerbe au militant inconnu... Et dans ce cadre, quand l'émotion et le « bien »-être sont pris en compte, ils demeurent subordonnés au primat de l'action et envisagés comme outil à optimiser au service de cette dernière. Si la vulnérabilité peut être vue comme menace au « bon » déroulement de l'action, envisager le « bien »-être comme avantage tactique n'en est pas moins critiquable.

Une autre distinction et hiérarchisation entre alors en scène. Il ne s'agit pas systématiquement du rejet de toute émotion mais de la sur-valorisation de certaines d'entre elles : celles de la frénésie, de la furie, et de la haine. Si, au cours des affrontements avec les missionnaires armés du libéralisme totalitaire, la brutalité complaisante semble animer ces pantins casqués, exalter le développement de sentiments similaires ne nous mue-t-il pas en cela même contre lequel on lutte ? Et justifier cette attitude par le fait que ceux d'en face font de même ne nous fait-il pas tourner en rond, quand ce n'est pas qu'une excuse ou un prétexte révélant ce que l'on est, au fond, déjà soi-même ? Et quand enfin la brutalité étatique sert de légitimation à tous les moyens employés, la violence et l'héroïsme deviennent alors les seules finalités. Reste à se demander, si la fin justifie les moyens, ce qui justifie la fin...

La question n'est donc pas celle de valoriser l'action, la réflexion ou l'émotion, mais de les envisager comme un tout indissociable à déconstruire, construire, reconstruire, en dehors de cette société comme en nous.

Des outils

De l'attention collectivement partagée

Pour terminer, j'aimerais évoquer certaines idées et pistes pouvant être envisagées et mises en place comme réponses possibles à cet isolement du ressenti, et pour la prise en charge collective de personnes en souffrance en dehors des institutions médico-juridiques.

Il peut s'agir de multiplier des temps conviviaux, des conditions et opportunités d'écoute, de parole et de confiance pour éviter que des appels au secours muets ne se soldent en « maladies », actes désespérés, ou traumatismes difficilement réversibles car trop ancrés. Créer des espaces pour accueillir ces ressentis peut sembler, au premier abord, renforcer leur cantonnement hors du champ politique et public. Mais s'il s'agit ici de ré-intégrer le privé/ressenti dans le politique, il est parfois – pour l'instant ? – nécessaire, d'y réserver des temps et des espaces dédiés. Car ce n'est pas seulement quand quelqu'un craque ou pendant les actions que l'attention mutuelle est nécessaire :

celle-ci se devrait d'être constante, tout en évitant autant que possible d'être trop intrusive. Ces moments conviviaux devraient alors tendre à se pérenniser et non plus être seulement « activés » en cas de « crise ».

Ces espaces pourraient aussi être un support pour prendre collectivement le temps de déconstruire nos propres pratiques et pensées ; non pas dans une perspective d'auto-flagellation, mais pour tendre à ne plus être tributaires et émissaires involontaires du système. Car il s'agit de nier en construisant : non pas une alternative – simple variation sous tutelle du système – mais un « en-dehors », une rupture ; non pas un grand soir mais des lendemains déjà et toujours en cours de quotidiennes co-dé-constructions.

Ces questions, et des manières d'y répondre, ont déjà été abordées par différents mouvements, notamment par le féminisme¹¹. En effet, les féministes ont produit des outils théoriques importants qui permettent notamment d'étendre l'analyse politique à des espaces qui lui échappaient jusqu'alors, « le privé est politique », et de visibiliser les rapports de domination qui sont constitutifs de la répartition des tâches de soin, de convivialité, et d'attention portée à l'autre. Ces tâches, comme toutes celles assignées aux femmes dans la société patriarcale, sont dévaluées, invisibilisées, mises au second plan. Le fait de percevoir cette hiérarchisation et d'être en mesure de l'analyser est un pas important vers sa déconstruction, cette analyse aurait été impossible sans le travail des féministes. Celles-ci ont également créé des modes d'action, des outils pratiques qui tentent de lutter contre les phénomènes décrits dans ce texte. Des outils élaborés ou expérimentés, entre autres par des féministes, existent donc (« co-écoute », atelier d'écriture, ateliers non-mixtes, discussions autour de situations concrètes et d'expériences réalisées, etc.), d'autres restent à ré-inventer.

Une révolution et un commun, ça se construit ensemble pour ne pas voir se répéter *ad nauseam* la ronde de l'imposture imposée à sens unique.

La plupart du texte est féminisé. L'idée étant de sortir de l'invisibilisation des « femmes », invisibilisation comme support de l'oppression patriarcale. Si certains mots ne le sont pas, c'est pour souligner ainsi que les dominants sont plus que majoritairement des « hommes » (de préférence blancs, hétéro, valides, etc.)

11. Pour ne prendre que cette exemple. Bien d'autres « mouvements » se créent autour d'un commun d'exclusions et d'oppressions vécues et d'envie de lutter collectivement contre leurs causes et effets.



QUELQUES QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION DE DISPOSITIFS DE SOIN AUTONOMES

FRÉDÉRIQUE PASQUIER ET
JOSEP RAFANELL I ORRA

Texte écrit le 6 janvier 2014.

Contextualisation de la question du soin.

Nous sommes nombreux dans les collectifs politiques dits « radicaux » (autonomes, anarchistes, féministes, écologistes, anticapitalistes...), à nous interroger sur la vie de nos communautés politiques. On sait comment, dans nos « milieux », nous sommes exposés aux violences de l'État. Mais aussi à des formes de violence propres à nos collectifs eux-mêmes, à leur incapacité à prendre en compte la souffrance, les troubles, les événements douloureux des uns et des autres... Bref, à prendre en compte la singularité relationnelle et le monde des affects comme faisant partie de la communauté politique. Et ceci au même titre que les initiatives, les actions, les analyses théoriques. C'est là qu'apparaît avec toute son importance la question du soin, ou tout au moins celle du « prendre soin ».

La question du soin émerge alors non pas comme une question subsidiaire, comme un supplément d'âme de la politique, mais comme ce qui est au cœur même de la vie politique en tant que telle. Les collectifs politiques peuvent-ils résister, tenir, durer ; lutter sans la prise en compte de ce qui leur donne leur propre consistance en tant qu'ils permettent d'habiter la politique ?

Qu'un ami sombre dans une dépression, qu'il soit blessé par la police, qu'il vive un intense chagrin amoureux, qu'il perde un être cher, qu'il éprouve un épisode délirant, que plusieurs personnes s'enferment dans un conflit irrésoluble, parfois violent, et nous voilà démunis, rendus inconsistants. Dans les cas les plus « bruyants » (maladie, troubles psychopathologiques graves...), il est probable que nous finissions par faire appel aux institutions spécialisées, que l'on délègue aux « professionnels » du soin, l'accueil et l'accompagnement de celui qui souffre.

La question du soin depuis une perspective politique interroge donc notre capacité à inventer des médiations autres que celles que nous proposent les institutions de soin. Il s'agit de ne pas être captifs d'une délégation systématique à des dispositifs intégrés aux logiques gestionnaires, voire marchandes, de la santé (et c'est la notion même de santé qui devrait être questionnée, même si ce serait ici trop long de le faire).

Nous savons comment ces dispositifs institutionnels de soin, qu'ils concernent les soins somatiques ou le soin « psychologique » (pour peu que cette frontière puisse clairement être établie) sont pris dans des enjeux de

savoir-pouvoir. Dans ces cadres, un sujet du soin est un patient objet passif des procédures du soin. Ou, dans les nouvelles technologies de la santé, un agent actif qui doit venir confirmer les savoirs des soignants : médecins, psy, éducateurs... Je ne dirais pas qu'il n'y a pas d'institutions qui tentent de démocratiser les gestes du soin. Mais alors il faudrait faire une enquête politique sur ces expérimentations démocratiques, anti-autoritaires, pour les mettre en résonance avec des initiatives politiques antagonistes à la gestion et au contrôle des populations, qu'il s'agisse de la psychiatrie ou de la médecine somatique.

Au fond, nous sommes peut-être toujours confrontés, dans les milieux dits « radicaux », à un vieux problème : celui qui fait qu'au nom de l'exceptionnalité de l'engagement politique radical nous nous coupons du monde « ordinaire » dans lequel des médiations entre des gens qui « vont mal » et d'autres gens peuvent avoir lieu. Des médiations qui permettent d'éviter la solitude, de trouver des formes de bienveillance, un souci de l'autre propre à la vie des communautés « ordinaires ».

C'est alors à partir de l'*ethos* fabriqué par « l'exceptionnalité » des réseaux politiques radicaux qu'il s'agit de retisser des médiations pour ne pas négliger la question de la souffrance et de la maladie en leur sein. Au fond, il faudrait se questionner sur les manières dont les collectifs politiques qui établissent des lignes de rupture avec la politique intégrée à la scène publique gestionnaire (partis, mécanique de la représentation, élections, parlementarisme : c'est-à-dire tout ce qui dépossède les individus collectifs de la politique) s'inscrivent dans le monde « ordinaire ». Par monde ordinaire je voudrais très rapidement faire référence à ce qui est en dehors des logiques affinitaires conduisant à « l'exceptionnalité » de l'engagement politique, et qui s'accompagnent souvent de la constitution de groupes, voir des « bandes », dont leur propre existence, le sentiment de coappartenance, se confond avec le mépris porté à ce qui n'est pas une politique « radicale ». On sait à quel point cette logique est porteuse d'inimitié (mes meilleurs ennemis sont ceux qui devraient être mes plus proches amis), d'une toxicité qui s'infiltre dans les rapports entre les individus au nom de vieilles querelles, de référents théoriques plus ou moins affirmés, de l'incapacité à prendre soin de l'élargissement de la vie politique collective. Donc dans un premier temps il faudra admettre que penser le soin depuis d'existence de collectivités radicalement engagées dans des processus de réappropriation politique suppose d'emblé la question de prendre soin des collectifs politiques eux-mêmes.

Je dirai alors que le soin est une question collective. On ne soigne pas des individus mais des relations. Au fond un collectif ne peut soigner qu'en se soignant, qu'en prenant soin de ses liens, des médiations qu'il est en mesure de fabriquer. C'est ce que nous ont appris d'ailleurs des expériences de psychiatrie dites alternatives, ou l'ethnopsychiatrie lorsqu'elle s'intéresse aux formes de guérison traditionnelles par exemple.

Il y a donc au moins trois lignes de travail à envisager dans les réseaux politiques radicaux à propos du soin : d'abord prendre soin de la vie des collectifs politiques, ensuite inventer des formes de réappropriation de ce qui peut « faire » soin, nous permettant de commencer à nous passer des institutions. Enfin, et simultanément, mener une enquête politique, dès l'intérieur des institutions, pour saisir des lignes de fuite qui peuvent y apparaître par rapport à leurs logiques de contrôle ou d'autorité. A ce propos il faut une certaine honnêteté : nous ne pouvons pas nous passer complètement des institutions sous peine de confondre autonomie dans le soin et fermeture dans des logiques affinitaires qui nous éloignent de ce que j'ai nommé, provisoirement, le monde ordinaire de la politique. Et ceci en contraste avec « l'exceptionnalité » de la décision politique « radicale », censée produire des formes collectives d'intervention politique, ou des formes de vie autres que celles secrétées, promues, voire prescrites, par la subjectivation libérale.

Donc, il faut insister sur cette question : il me semble important de redire que dans le soin il est toujours mis en jeu le collectif en tant que tel. Et un collectif devient un collectif capable de soin en se soignant. On ne soigne pas des individus mais des relations, j'ai dit plus haut : des médiations qui permettent de procésualiser ce qu'on appelle la souffrance ou la maladie. Concrètement, des collectifs de malades n'ont pas attendu les dénonciations des milieux radicaux des institutions répressives (« répressif » étant un concept bien insuffisant, au demeurant, pour caractériser les nouvelles technologies de gestion de la « santé », qui vont plutôt dans un sens « implicationniste »). Je pense ici à des groupes d'auto-support mettant en crise les savoirs, « par le haut », des soignants : groupes d'auto-support d'usagers des drogues, groupes « d'entendeurs des voix » refusant leur statut de psychotiques, groupes des parents d'enfants autistes, collectifs des malades du sida... Nous devrions certainement nous y intéresser à nouveau.

Mais si l'on considère la question de l'autonomie des procédures de soin il faudra interroger dans un premier temps ce que l'on entend par autonomie. Je le ferai ici très brièvement.

L'autonomie n'est pas, comme semble nous l'indiquer la tradition que nous avons héritée des Lumières, si bien mobilisée par le monde libéral-capitaliste, et instrumentalisée par l'Etat, une autonomie individuelle. L'autonomie telle que je vous propose de la revisiter concerne l'autonomie des liens qui font communauté. Autonomie qui éventuellement peut devenir politique, mais pas forcément. Le concept pratique d'autonomie que je voudrais convoquer suppose la reconnaissance des liens de dépendance mutuels qui tentent, simultanément, d'une façon volontariste, de se dégager de l'emprise des institutions de gestion du lien social prescrit.

L'autonomie selon le capital suppose toute autre chose : d'une part une atomisation individuelle, la mise en concurrence de tous contre tous, une capacité d'adaptation à ce monde de vainqueurs et de vaincus et, d'autre part,

la prescription plus ou moins intériorisée (depuis l'école, en passant par le travail social, le soin psychiatrique...) d'une logique d'implication et de projet personnel compatible avec l'économie. L'autonomie selon le capital n'exclut pas cependant la coopération : mais toujours dans le cadre de la valorisation marchande des choses, de toutes sortes d'êtres vivants, de leurs milieux ou des humains (ce sera alors de « capital humain » dont il s'agit comme disent si joliment les économistes).

Donc choisir notre autonomie contre celle du capital suppose d'être en mesure d'inventer nos propres procédures de constitution de nos dépendances mutuelles. Depuis la coopération mise en œuvre pour d'autres formes de subsistance que celles de la marchandisation jusqu'à notre « encapacitation » pour prendre soin de nous, de nos collectifs, de ceux qui ne faisant pas partie de nos réseaux subissent la violence de l'exploitation capitaliste, de l'État et de ses institutions.

Dispositifs.

Il y a avant tout à prendre soin de nos collectifs. Ceci ne peut avoir lieu sans un changement de « paradigme ». Il faut redonner une autre place à la théorie qui différencie les groupes, qui les rend inamicaux à l'égard d'autres groupes. Il faut aussi une sorte d'aggiornamento des querelles issues au travers de l'histoire (pas si longue !) de la politique radicale dans nos contrées. Ceci peut paraître purement déclaratif, naïvement volontariste mais il faut déjà commencer par se le dire !

Dans la construction de dispositifs concrets j'aimerais brièvement évoquer un certain nombre d'éléments qui proviennent des échanges que j'ai pu avoir ces derniers temps avec d'autres personnes qui partagent ce souci pour la question du soin.

Je propose quelques pistes que, comme ce qui précède, j'aimerais mettre en discussion avec vous.

Les groupes de soin.

Comment constituer des groupes qui se donnent pour objectif de prendre en charge des situations dans lesquelles des personnes souffrent ? De tels groupes existent déjà. On a mentionné des groupes d'auto-support réunissant des personnes concernées par des formes de souffrance spécifiques (usagers de drogues, anciens patients psychiatriques...) en mesure d'entrer en conflit avec les institutions. La question demeure de savoir si d'autres groupes peuvent se constituer dans un commun intérêt pour le soin qui rassemble aussi des personnes non directement concernées par des troubles ou des difficultés spécifiques. C'est le cas, par exemple, de certaines expériences menées conjointement par des sans abris et des travailleurs sociaux en rupture de ban (Goudolie, à Toulouse), ou encore les groupes « d'entendeurs de voix », réunissant des

personnes avec des troubles dits psychotiques et des psys prêts à laisser de côté leurs certitudes théoriques de cliniciens.

La question de la médiation.

Un des principaux problèmes que l'on retrouve en termes de souffrance est celui des conflits entre personnes dans nos milieux. En général ils sont résolus sur le versant « politique », celui des idées, des trahisons, des enjeux de pouvoir, etc. Rarement en termes d'une écologie de nos milieux. Ou d'une écologie, comme diraient certains. Il faut prendre à bras le corps cette question de la médiation. Ne pas laisser pourrir les situations de conflit. La question n'est bien évidemment pas de créer des rôles de médiateurs, censés être neutres (qui pourrait être « neutre » ?), mais de considérer la nécessité de fabriquer une autre culture de l'activisme politique moins tétanisée par la démarcation ami/ennemi.

La place de la spécialisation dans le soin.

Il est indéniable que certaines personnes sont plus portées que d'autres, pour des raisons affectives, intellectuelles, d'adresse, voir même de don, à s'intéresser à la question du soin. Certains parmi nous ont suivi des formations soignantes (infirmiers, médecins, psychologues, psychiatres, kinés, etc...) et ont exercé ces « métiers » dans des institutions. Si nous nous retrouvons ici c'est par le regard critique que nous portons à ces espaces institutionnels et/ou par l'incompatibilité de nos professions encadrées par les institutions et l'activisme politique. Avoir été formé par l'université, les écoles, etc..., ne garantit en rien d'une pratique démocratique, antiautoritaire, critique, inventive... C'est souvent l'envers qui est le cas. Or, il y a dans ces spécialisations un monde d'expériences très diverses qui ne peuvent pas être mises à côté d'un revers de main. En ce qui me concerne j'ai travaillé avec des usagers de drogues, des psychiatrisés, des grands précaires, des hommes et des femmes violents, des malades du Sida, des détenus en prison, des sans abri.... J'ai du m'interroger sur les limites et les perversités des cadres dans lesquels ces rencontres « soignantes » ont lieu. Cette expérience peut me permettre de faire autre chose ailleurs. Il en est ainsi, me semble-t-il pour de nombreux « professionnels » du soin. C'est alors sur la question d'alliances à fabriquer qu'il faut se pencher.

Quels cadres ?

Si nous songeons à la fabrication de nouveaux cadres de soin, il faut les considérer dans un double mouvement : celui de l'autonomie de ces nouveaux espaces et celui de la subversion des espaces déjà existants pour pouvoir y établir des liens sous contrôle.

Dans le premier cas on peut imaginer qu'un groupe de personnes se donne un temps, dans un espace donné ou arraché à la gestion, pour accueillir

d'autres personnes, pour réfléchir à plusieurs à un accompagnement de soin concret. Ceci n'exclut pas des formes d'accompagnement vers des institutions. Est-on sûr de pouvoir se passer de toute la machinerie des soins somatiques en cas de maladie grave ? De même, est-il si évident qu'il faille se passer des prescriptions de psychotropes dans certains moments de la vie de quelqu'un ? N'est-il pas parfois nécessaire de faire rupture, dans un milieu donné, lorsque des troubles psychiques apparaissent d'une façon très envahissante ? On a tous connu chez tel ami, ou telle connaissance des moments qui rendent le partage de ces expériences subjectives impartageables dans les milieux de nos amitiés et de nos camaraderies. Une hospitalisation dont on a une certaine maîtrise peut être préférable que l'implosion d'un milieu amical. Ceci n'exclut pas la réappropriation de nouveaux savoirs (naturopathie, thérapies corporelles, techniques traditionnelles de guérison...) qui ne se laissent pas gouverner par la médecine officielle.

La définition des cadres, temporels, spatiaux, subjectifs, ne peut se faire qu'en situation. Il faudrait puiser dans des expériences diverses, dans des héritages aujourd'hui oubliés, pour renouveler ce questionnement.

Intériorité/extériorité des groupes.

Ceci suppose dans tous les cas d'œuvrer pour une porosité de nos milieux. Il faut s'ouvrir à d'autres réseaux, amicaux, familiaux, de quartier, de village, qui composent la multiplicité des milieux dans lesquels chacun de nous est inscrit. Il faut considérer l'importance des allers-retours entre des milieux, des territoires... Bref, des passages et du dépaysement pour une personne qui « va mal ».

L'intime et le public.

Cette question doit être présente mais sans fétichiser la notion d'intime et celle de secret qui peut aller avec. À ce propos, il peut-être judicieux de rappeler comment le « secret professionnel » est devenu une des armes du pouvoir soignant dans son emprise sur les « publics » qu'il accueille. Mon expérience de psychologue depuis plus de 20 ans me montre que la question importante n'est pas celle de l'intime, du secret professionnel, mais celle du tact nécessaire lors de la mise en partage d'un problème qui peut affecter une personne et un collectif. Le tact ne se définit pas : il s'expérimente dans des contextes qui cultivent la bienveillance et un appétit affectif et intellectuel pour la différence.

Les rapports avec les institutions existantes.

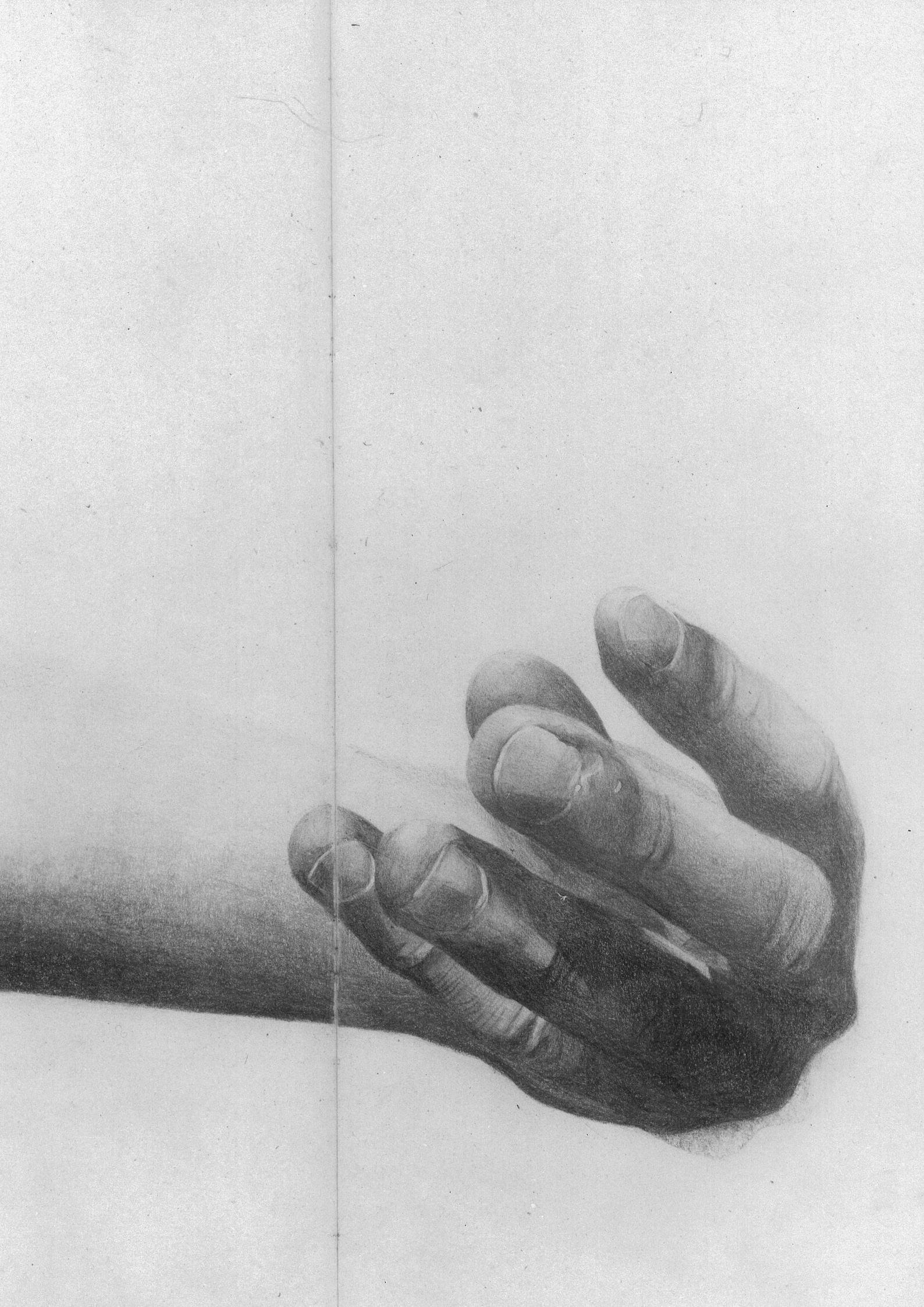
Je viens de le dire : il semble difficile aujourd'hui, sauf déni de réalité, de penser qu'on peut se passer complètement des institutions soignantes. La question devient alors comment susciter des contre-modèles qui mettent celles-ci sous tension, qui les soumettent à un certain contrôle, qui affaiblissent leurs

capacités de capture de la souffrance d'autrui pour réinstaurer en permanence leur pouvoir de gestion.

Une critique féroce des savoirs médicaux, de la psychiatrie, de la psychologie, de la psychanalyse, du travail social est toujours indispensable.

Les résonances entre expérimentations (rencontres, transversalisations, coordinations).

Dans le contexte actuel d'affaiblissement des espaces autonomes il est indispensable de mettre en place un travail d'enquête politique sur les expérimentations qui ont lieu aujourd'hui en termes de formes de soin alternatives, antagonistes à celles de la gestion institutionnelle de ce qu'ils appellent la santé. Notre isolement leur garantit l'exercice de leur pouvoir et l'emprise sur les subjectivités souffrantes. Nous avons à apprendre les uns des autres à partir des expériences en situation et non seulement des analyses critiques théoriciennes. Nous avons besoin d'éprouver que nous ne sommes pas seuls à tenter d'expérimenter d'autres manières de prendre soin, y compris en prenant soin de nous, en tant que collectifs politiques plus ou moins organisés.



MALADIE ET CAPITAL

ALFREDO BONNANNO

Texte paru en Février 2010 dans Dissonances.

La maladie, c'est-à-dire le mauvais fonctionnement de l'organisme, n'est pas le propre de l'homme. Les animaux aussi sont malades, et même les choses peuvent à leur manière présenter des défauts de fonctionnement. L'idée de la maladie comme anormalité est un grand classique, développé par la science médicale. La réponse à la maladie, principalement à cause de l'idéologie positiviste qui domine encore la médecine contemporaine, est celle de la guérison, c'est-à-dire, d'une intervention extérieure choisie sur la base de pratiques spécifiques, visant à rétablir les conditions d'une idée donnée de la normalité.

Pourtant, ce serait une erreur de penser que la recherche des causes de la maladie a toujours été mise en parallèle avec cette nécessité scientifique de rétablir la normalité. Des siècles durant, les remèdes ne sont pas allés de pair avec l'étude des causes, qui ont parfois été absolument fantastiques. Les remèdes avaient leurs propres logiques, surtout lorsqu'ils se basaient sur des connaissances empiriques des forces de la nature.

Plus récemment, une critique du sectarisme scientifique, incluant la médecine, s'est basée sur l'idée de la totalité humaine : une entité composée de divers éléments naturels - intellectuels, économiques, sociaux, culturels, politiques et ainsi de suite. C'est dans cette nouvelle perspective que les hypothèses dialectiques et matérialistes du marxisme se sont introduites. Cette totalité variablement décrite de l'homme nouveau, le vrai, qui n'est plus divisé en secteurs comme l'ancien positivisme nous y avait habitué, a de nouveau été enfermée par les marxistes dans un déterminisme unilatéral. La cause de la maladie a donc été considérée comme exclusivement reliée au capitalisme qui, en aliénant l'humain par le travail, l'a exposé à une relation distordue avec la nature et la « normalité », l'autre face de la maladie.

À notre avis, ni la thèse positiviste qui voit la maladie comme un mauvais fonctionnement de l'organisme, ni la thèse marxiste qui la voit comme un résultat déterminé par les méfaits du capitalisme, ne sont suffisantes.

Les choses sont un petit peu plus compliquées que cela.

Tout simplement, nous ne pouvons pas dire qu'il n'y aurait plus de choses telles que la maladie dans une société libérée. Nous ne pouvons pas dire non plus que dans cet heureux événement, la maladie elle-même se réduirait à un simple affaiblissement de certaines forces hypothétiques qu'il nous reste à découvrir. Nous pensons que la maladie fait partie de la nature de l'état de vie de l'humain dans la société, c'est-à-dire qu'elle correspond à un certain prix à

payer pour corriger les conditions optimales de la nature en vue d'obtenir la superficialité nécessaire à la construction des sociétés les plus libres.

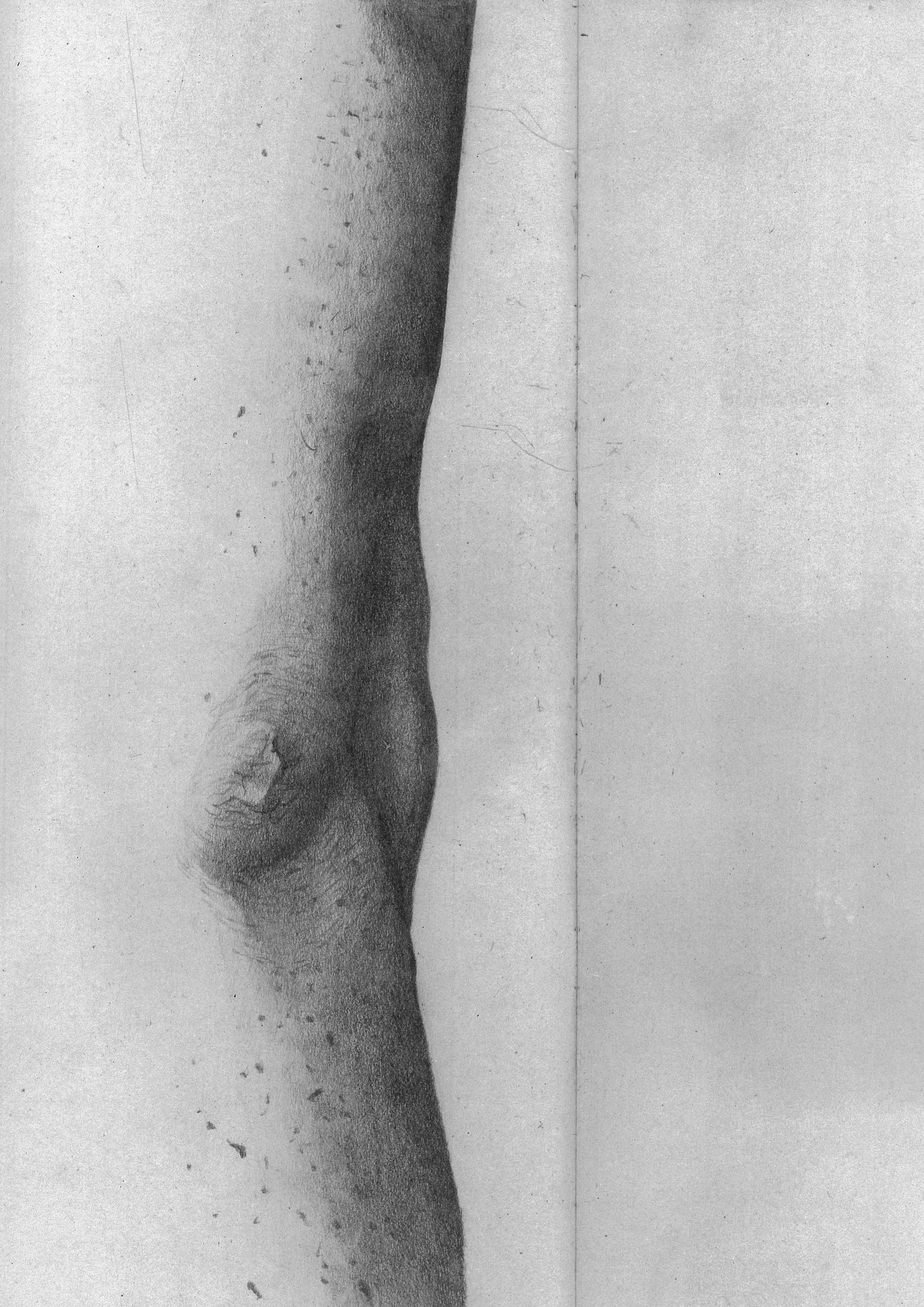
Certainement que la croissance exponentielle de la maladie dans une société libre où la superficialité entre les individus serait réduite au strict minimum ne serait pas comparable à celle d'une société basée sur l'exploitation, telle que celle dans laquelle nous vivons aujourd'hui. Il en résulte que la lutte contre la maladie fait partie intégrante du conflit de classe. Pas tellement parce que la maladie est causée par le capital - ce qui serait une déclaration déterministe, donc inacceptable, mais parce qu'une société plus libre serait différente. Même dans sa négativité, elle serait plus proche de la vie, de l'être humain. Ainsi, la maladie serait une expression de notre humanité, tout comme elle est l'expression de notre terrifiante inhumanité aujourd'hui. C'est pourquoi nous n'avons jamais accepté la thèse simpliste que l'on peut résumer par le slogan entendu : « faisons de la maladie une arme », même si elle mérite notre respect, notamment en ce qui concerne la maladie mentale.

Il n'est pas vraiment possible de proposer au patient un traitement qui serait exclusivement basé sur la lutte contre l'ennemi. Ici, la simplification serait absurde. La maladie, c'est aussi la souffrance, la douleur, la confusion, l'incertitude, le doute, la solitude, et ces éléments négatifs ne se limitent pas exclusivement à l'organisme, puisqu'ils attaquent aussi la conscience et la volonté. Élaborer de tels programmes de lutte sur ces bases serait tout à fait irréaliste et terriblement inhumain.

Mais la maladie peut devenir une arme si on la comprend à la fois dans ses causes et dans ses effets. Il peut être important pour moi de comprendre ce que sont les causes extérieures de ma maladie : les capitalistes et les exploités, l'État et le Capital. Mais cela ne me suffit pas. Je dois aussi clarifier ma relation avec ma maladie, qui pourrait ne pas seulement être la souffrance, la douleur et la mort. Elle pourrait aussi être un moyen de mieux me comprendre, moi-même et les autres, ainsi que la réalité qui m'entoure et ce qui doit être fait pour la transformer ; aussi, avoir une meilleure compréhension de la question révolutionnaire.

Les erreurs qui ont été faites par le passé sur ce sujet proviennent d'un manque de clarté en raison de l'interprétation marxiste, basée sur la prétention du pouvoir à établir une relation directe entre la maladie et le capital. Nous pensons aujourd'hui que cette relation est indirecte, c'est-à-dire, en prenant conscience de la maladie, pas de la maladie en général comme condition d'anormalité, mais de ma maladie comme un élément de ma vie, un élément de ma normalité.

Ensuite, place à la lutte contre cette maladie. Même si les combats ne sont pas toujours victorieux.



CETTE SÈVE QUI NOUS UNIT

BABAYAGA

Texte paru en 2008 dans la brochure Excavations, légèrement modifié en 2014.

Comment ça se goupille, notre perception du corps ? De nous-mêmes ?
Et de la médecine ?
De la maladie et de la santé ?

Où en sommes-nous ?

Au moindre mal qui dépasse un peu trop, nous paniquons
Nous courons bien vite au médecin et à la boîte de cachets et d'antibiotiques !
Il serait illusoire de penser se passer de la médecine moderne, et de ce qu'elle permet, pour le moment. Mais il semble que nous y recourons pourtant parfois bien inutilement... modelés par la perception scientifique biomédicale, mais sans en avoir le savoir, nous y sommes plus ou moins attachés, de diverses manières.

Et puis la maladie reste un élément étranger, ce qu'il faut faire disparaître, que les médicaments soient des plantes pour lesquelles cependant la confiance est plus maigre ou qu'ils soient des cachets-cache-misère de pharmacie pour défenses immunitaires en fauteuil roulant.

Que se passe-t-il d'autre au moment où je te donne cette préparation en espérant t'ôter la douleur ? Avons-nous fait de moi un médecin moins expérimenté mais plus proche et moins cher ?

*

Il y a une certaine perception du corps et de la médecine qu'il nous faut saboter.
« oui, mais pour mettre quoi à la place ? »

Nous ne pouvons-nous contenter de tout ce qui a été dit et théorisé sur la question : il nous faut aussi expérimenter, éprouver, largement, finement, pour aller au fond des choses.

Comment faire pour transformer notre rapport ?

Comment partager avec toi la beauté de la tourbière envahie de trèfles d'eau, cueillis sur mon ventre pour faire baisser ta fièvre, au milieu des bouleaux chantés par le vent ?

Le bon moment, l'épanouissement de la première fleur, au rythme des planètes, la lente sédimentation dans l'alcool.

Tu me dis que tu as mal, je te donne cette préparation, entre deux portes. Mais cet incommunicable - le désir de voir la faiblesse rétablie en force, toutes les couleurs dans ce flacon, parfums, le port de la plante - te restent inconnus. Ça ressemble à du médicament. Pourtant en te le donnant, j'aimerais te donner la force de cette terre où nous vivons (et à laquelle nous ne sommes peut-être pas assez liés, nous les *blooms*), que ton corps déconstruise ces substances pour n'en garder que les forces, battant dans tes veines et ton cœur.

*

Le corps sent beaucoup. Mais pour cela il faut goûter, expérimenter. Prendre le temps. Chaque corps a des affinités différentes en la matière, qui ne sont pas forcément celles que tu croyais. Comment me faire passeur du peu que je sais, que je sens ? Comment t'aider à sentir ce qui est bon pour retrouver ta force ? Il n'y a pas de solution toute prête. Nous avons perdu tant de goûts du monde, qui s'élargit en tous sens lorsque nous retrouvons de la curiosité envers lui...

*

Cette plante-là, la connais-tu ?

Ses racines s'enfoncent entre les pierres
 Un peu de terre pauvre, un rien lui suffit
 Piétinée, disparue sous la neige, soufflée par les vents rudes de glace
 Elle revient toujours de sa longue nuit dans les entrailles de la terre
 Où, tout ce temps, elle cachait sa sève,
 Si amère de rude lutte,
 Et si pleine de sa puissance folle
 Alors à nouveau ses larges paumes rayonnent autour de son cœur
 Et sa tige monte, épaisse et solide, d'une traite vers le soleil,
 Eclate en larges cercles de fleurs qui irradient de lumière
 Ode de la terre au soleil
 Je suis venue te voir, presque solennellement
 Nous avons presque le même âge,
 Et j'ai pris ta vie.
 Arrachée aimée,
 Saurons-nous être à la hauteur ?
 Saurons-nous mûrir sous la glace ?
 Saurons-nous faire astre de ta puissance ?

La maladie ?

Parfois c'est la saucisse qui est mal passée, ou trop de froid d'un coup.

Et puis il y a les veines fragiles, petits poumons, grand dos. Et tout ce qu'on appelle le « terrain », entre en jeu dans la compréhension et l'aide au corps en lutte et en situation de faiblesse : son histoire, sa constitution, ses déséquilibres, chaque élément du corps étant en lien avec tous les autres de manière dynamique. Cette perception du corps et de la maladie est l'une des plus dignes d'intérêt dans les pratiques actuelles (liées à la phytothérapie notamment, cf. Dr Duraffourd et Dr Lapratz)

Mais là encore, le corps, même s'il est perçu dans son ensemble et aussi en lien avec son passé, est une sphère close qui doit garder son équilibre individuel. La guerre civile mondiale, des pesticides qui brûlent la terre, les difficultés qu'il y a à vivre avec les camarades, la douleur de perdre un enfant, n'entrent pas en lien avec ce corps, qui reste séparé.

*

Mots et gestes englués dans le vieux monde

Le modèle mécaniste de l'être humain que la civilisation occidentale moderne s'est forgé est une exception dans l'histoire de l'humanité. Elle seule a créé une scission entre le corps *-soma* et l'esprit *-psyché*.

Toute une conception mécaniste du « corps » ronge même peu à peu le domaine de l'« esprit », qui pourrait lui-même n'être qu'un bout de cet homme-machine que nous serions (placebos et maladies psychosomatiques, traitement chimique des névroses, lecture hormonale de l'amour)

Comment briser tout un langage, qui n'a de cesse de nous rabattre dans cette séparation ?

*

Toute une perception nous manque, qui n'est pas que « de soi » ou « du monde », mais de forces et d'équilibres. Pas facile de parler de ça, dans le brouhaha en vogue autour des médecines chinoises et autres. Mais comment comprendre nos constitutions, les équilibres sur lesquels nous tenons, et en nous les pentes à suivre ?

Il y a peut-être des êtres de feu, vivant de l'incendie, consumant ce qui les attaque, et peut-être que leur conviennent des plantes de feu.

Peut-être que la maîtrise et l'abandon sont deux manières de se rapporter à la maladie, ayant chacune ses issues, et que l'une ou l'autre peuvent s'accompagner, de façon radicalement différente.

Peut-être que trop de plein, ou trop de vide, trop de force d'attraction ou trop de force centrifuge, trop de dureté ou trop de souplesse, sont des causes de mauvaise santé aussi évidentes qu'une attaque de microbes.

Peut-être que l'envoûtement n'est pas qu'affaire de superstition, et peut-être même qu'il est vrai qu'un sort se dévie, se transforme mais ne disparaît pas.

Il semble bien qu'une cosmogonie ne s'invente pas en claquant des doigts. Il n'est pas question de faire semblant, mais de laisser venir, de se permettre de sentir, et d'oser tâtonner, lorsque nous nous disons ce qui nous traverse.

*

La maladie exprime. Il faudrait peut-être écouter mieux.
Le corps tâche d'expulser
Instaurer une immobilité, salvatrice et révélatrice
Car tu n'en peux plus de ce qui pèse sur toi
Pour *stopper le monde*, reculer d'un pas pour mieux voir où tu es.

*

La maladie ne peut pas rester confinée aux limites de nos corps, de nos peaux.
Ce monde-ci, dans toute sa dégénérescence, sa putréfaction, nous touche en plein.
Il nous faut lutter contre ses gros microbes putrides, hygiénisme en moins !

Ça me rend malade,
La bêtise semble parfois insurmontable
Ta tristesse, les bras m'en tombent, je n'ose même pas te prendre dans mes bras, de peur de t'irriter, de te blesser.
La police qui t'enlève et tant d'impuissance.
Et savoir qu'il y a tant d'armes, avions, bombes, aux mains des pouvoirs en place.
Ces champs nus, morts, parsemés de lignes de haute tension.
Prétention fade et vulgaire des enfilades de vitrines, êtres fantômatiques dans une orgie de marchandises putrides...
La liste est longue.
Envie de vomir.

Et nous même, parfois, qui nous taisons, les bouffées de rancœur ou la joie qui ne trouve pas à sortir, les petites résignations.

Il paraît qu'il n'en faut pas tant pour nourrir un cancer !

Dans la plupart des médecines traditionnelles, la maladie reflète une disharmonie entre le patient et les forces cosmiques.

« L'homme n'a pas tissé la toile de la terre, il n'en est simplement qu'un fil »

*

Dans ce train aseptisé de silence, distance et bonne tenue, je me demande.

Combien, parmi tous,
 Se sont un jour allongés nus
 Flanc contre le flanc de la terre
 Cette terre maintenant stérile qu'ils traversent en lisant leur journal
 Combien se sont abandonnés
 Pierres et herbes contre leur cœur battant
 A sentir combien vulnérables nous sommes
 Voilà le monde normal qui défile
 Gazons tondus et portes closes
 Champs brûlés et labourés à sang
 Usines immenses et zones industrielles
 Toutes les clés des champs ne sont plus bonnes à prendre
 Que plus rien ne dépasse.
 Des pubs à la place des étoiles, salade sous plastique.
 « dans ces pommes de terre, nous voyons déjà un médicament »
 Déraciné ne survit pas longtemps
 Les forces cosmiques ?
 Laisse tomber, viens plutôt mater « le mur infernal » !

*

D'un autre côté, il y a les camarades qui travaillent autour des pierres, des énergies. Pas facile de détacher l'épaisse peau *new-age*, qui, même sans parler de charlatanisme, portent en elles une vision de « soi » et du monde, assez écœurantes. On nous dit par avance que telle pierre a tels effets : il nous faut aller dans le magasin des pierres exploitées au burin jusqu'à extinction, rien à foutre, par des ouvriers mexicains, rabotées et poncées à la machine pour finir soupesées délicatement et méditées par les mains des riches clients en quête de spiritualités nouvelles. Si les pierres ont des énergies, on se demande bien ce qui pourrait en rester après tout ça.

Alors, quoi ? Que certaines pierres soient belles, ou troublantes, pas de doute. Mais je n'ai pas envie de croire que toutes celles de ce magasin ont des propriétés si extraordinaires qu'on pourrait presque croire qu'elles pourraient me sauver, si je les possédais toutes, de tous les maux et détresses que je rencontre. Il suffirait de lire « la bible des cristaux » : prescriptions et rituels sont dictés par avance, et on dirait plutôt qu'on pourrait tourner et retourner dans ses petits maux et petits défauts comme à l'intérieur d'une faiblesse persistante et entretenue.

(Nous allons d'ailleurs chercher la plupart de nos huiles essentielles dans les magasins bio, qui font la même chose avec les plantes que les magasins ésotériques avec les pierres, à la différence que les effets des huiles me semblent beaucoup plus directement expérimentables que les pierres (par défaut de « spiritualité » ?) : l'effet anesthésiant de la menthe, de la girofle, l'effet respiratoire de l'eucalyptus... Là aussi, les propriétés sont prédites d'avance, mais l'effet étonne toujours, l'odeur se répand et s'apprend, le goût emplit la

bouche, il y a tant de plaisir mêlé, et d'effets constatables.

Mais l'usage des huiles de magasin n'est pas une fin en soi, ni une chose dont on se satisfait. Et connaître une plante, savoir comme elle pousse, la préparer, m'en apprend beaucoup sur elle, aide à la prescrire, aide à accompagner ses effets, ouvre toujours à beaucoup plus...)

*

Et pour en revenir aux énergies, ce mot si galvaudé : il semble évident que chaque lieu, chaque personne, dégage une présence/énergie propre. Qu'il y a dans les pétales arqués d'une fleur prête à s'ouvrir, une force pleine de joie. Que la texture d'une baie nous parle aussi des pouvoirs médicinaux qu'elle renferme. Et que la pierre que m'a donnée Sophie, jaspe rouge ébréchée en deux endroits, m'aide à surmonter la blessure des avortements, et me lie à elle avec force.

Il me semble qu'il ne s'agit pas d'une question de pierres.

La matière, oui, est bien souvent porteuse d'une force, d'un mystère, d'une puissance qui nous ancre à l'existence, à la terre. A cette force qu'il y a dans ce qu'on appelle beauté, et qui nous dit : rien n'est banal, tout est fou. Et regarde la beauté fulgurante du monde, terrible et foudroyante, à laquelle tu survis pourtant chaque jour. Nous sommes parfois par trop anesthésiés...

Et certains objets, gestes, plantes, dessins, mais aussi musiques, me relient à des êtres avec autant de force. Mais d'ailleurs pas seulement à des êtres, à des pouvoirs, des lieux, des expériences, des moments. En cela, par la force qu'ils me redonnent, la joie. Ce lichen me rappelle cette discussion avec ce camarade dans la forêt. Ce flacon d'aspérule renferme tant de printemps, la lumière traversant les branchages et venant inonder de lumière ce si rare tapis d'étoiles blanches minuscules tapissant le sous-bois entier.

Supports de souvenirs, de pensée, d'amour, beaucoup de choses peuvent se faire écho, miroirs, déclics, révélateurs, porteurs d'« énergies ».

*

Les plantes ouvrent à de nouvelles perceptions, à de nouveaux états physiques et spirituels. L'essence de menthe poivrée remonte en fluide froid qui picote et réveille, balaie la fatigue en un frisson. D'autres piquent et échauffent le corps, font frémir les papilles de plaisir, les muscles se détendent, les sens s'ouvrent plus large...celles-ci sont bien souvent regroupées sous le nom d'« aphrodisiaques ». Et puis là-dedans se mélangent les plantes qui transportent, font surgir des visions, basculer dans des dimensions d'intensité très fortes. Là ont été explorées les premières drogues. A tes pieds poussent ces portes. Les drogues annihilent la banalité du réel, qui est pourtant si peu banal. En ce sens, elles restaurent une vision plus réelle du réel, une vérité. Plus proche aussi de cette mort en toi, déjà là, qui t'accompagne.

Chez les indiens *Quirishari* en Amazonie, il paraît que l'*Ayahuasca* (une sorte de liane) donne au guérisseur la connaissance profonde des autres plantes.

L'*Ayahuasca* est un puissant esprit guérisseur ; L'*Ayahuasca* est mère du tabac, qui enseigne lui aussi ce qui est réel, et comment guérir. Ce tabac là, *nicotiana rustica* (terrasses), bien différent de celui que vous fumez : il est beaucoup plus fort, et traité d'une toute autre manière.

Il est bien pauvre, l'usage que nous avons de toutes ces substances: tant d'alcool sans réelle ivresse, et le tabac devenu empêcheur-roi de sentir les parfums subtils du monde, bien loin de l'hallucinogène puissant d'amazone qui exige préparation intense et jeûne. Et on pourrait aussi citer l'alimentation chaotique et les gros repas trop gras, la façon dont bien des substances ne sont bonnes qu'à « s'écarter ».

Nous nous anesthésions.

Nous passons à côté de ces portes de basculement. Et gare, si nous commençons à les chercher. La voie est étroite. Il y a les dangers, les égarements, les bonnes recettes et les bonnes dispositions. Il y a d'être plein, de venir à la drogue avec des questions, de la joie, des compagnons de voyage et de confiance, et avec un désir de délier ce qui est devenu trop dense, intriqué...

Guérir ?

Guérir profondément, retrouver une énergie de vie qui permet : il faut stopper un enchaînement.

Trouver à créer une manière autre, si désirable, qui renforce et appelle la vie. Stopper le soi-disant éternel retour de la merde.

Guérir peut vouloir dire inventer ce que l'on désire
Inventer comment guérir participe d'inventer comment vivre

Guérir peut être chanté, dansé, couleurs plein la vue, dessin qui extirpe.

Etre un pacte qui nous unit de telle manière, rires fous rires.

Prendre un nœud, le renverser tête en bas,

Faire un pas de côté,

Changer d'angle d'attaque pour mieux toucher.

Aller avec toi ou plus, avec nos questions, toquer à la porte de cette plante, chercher avec elle.

Il est nécessaire de voir ce qu'il y a de guérison dans « exprimer »

Faire sortir le pus, les toxines,

Faire du théâtre, hurler, tout dire, ce qui est dur, ce qui pèse.

Il faut être prêt à l'entendre,

Créer des liens de sens, permet de trouver où prendre appui lorsque l'on tombe.

Les rituels chamaniques vont loin dans le langage symbolique : avec un certain don du jeu, et la participation émotionnelle de l'assistance, tous, malade y compris, peuvent donner un sens à la maladie, la nommer et l'intégrer à la

cosmogonie selon laquelle le groupe s'explique l'univers et sa raison d'être. L'angoisse du malade se résorbe, l'équilibre social perturbé par le mal se rétablit. Ce qui fait «sens» conduit souvent à la guérison.

*

Ou bien faut-il parfois aller le raconter aux arbres, là-haut, déverser tout le trouble dans la bruyère et revenir neuve
Neuve et plus forte
Forte de tronc et de bois
De sève qui monte à dix mètres de haut, de milliards de clochettes pourpres qui couvrent les collines de joie
Transformée.

Parfois, cela n'est pas possible
Nous avons des démons et des morts qui nous hantent et reviennent
Mais nous n'avons rien pour y faire face
Nous ne savons pas quoi en faire, mais aussi nous ne risquons rien.
Pourtant la violence de ces choses-là est réelle
Peur du ridicule, de quelque chose qui ressemble à l'ésotérisme,
Nous pouvons toujours en discuter.
Il y a des choses qui manquent au cœur.





JUIN 2014