

LA PSYCHIATRIE SINISTRÉE

Défense et illustration
de la psychiatrie

Psychanalyse et Civilisations

Collection dirigée par Jean Nadal

L'histoire de la découverte de la psychanalyse témoigne que démarche clinique et théorie issues de champs voisins ont concouru, par étayage réciproque à élaborer le concept d'inconscient, à éclairer les rapports entre pathologie et société et à reconsidérer les liens entre le malaise du sujet singulier et celui de la civilisation.

Dans cette perspective, la collection *Psychanalyse et Civilisations* tend à promouvoir cette ouverture nécessaire pour maintenir en éveil la créativité que Freud y a trouvée pour étayer, repenser et élargir la théorie. Ouverture indispensable aussi pour éviter l'enfermement dans une attitude solipsiste, qui en voulant protéger un territoire et préserver une identité, coupe en réalité la recherche psychanalytique de ses racines les plus profondes.

Déjà parus

- Claude BRODEUR, *L'inconscient collectif*, 2007.
Violaine DUCHEMIN, *Le dénouement d'un secret de famille*, 2007.
Kéramat MOVALALI, *Contribution à la clinique du rêve*, 2007.
Riadh BEN REJEB (sous la direction de), *La dette à l'origine du symptôme*, 2007.
Pierre BALLANS, *L'écriture blanche. Un effet du démenti pervers*, 2007.
Alain LEFEVRE, *La blessure mélancolique kanak. Une psychanalyse de l'ombre mélancolique en Nouvelle-Calédonie*, 2007.
Fabienne FRÉMEAUX, *Comment se faire arnaquer par son psy*, 2007.
Pascal HACHET, *Les toxicomanes et leurs secrets*, 2007.
Telma Corrêa da Nóbrega Queiroz, *Du sevrage au sujet*, 2007.
Thierry DUBOIS, *Effondrements psychiques et cognition onirique*, 2007.
Jean Pierre RUMEN, *Psisyphé*, 2007.
Pascal HACHET, *Un livre blanc pour la psychanalyse*, 2006.
Djohar SI AHMED, *Comment penser le paranormal. Psychanalyse des champs limites de la psyché*, 2006.
Jean-Michel PORRET, *Auto-érotismes, narcissismes et pulsions du moi*, 2006.
Edith LECOURT, *Le sonore et la figurabilité*, 2006.
Charlotte HERFRAY, *La psychanalyse hors les murs*, 2006 (réédition).
Guy AMSELLEM, *L'imaginaire polonais*, 2006.

Jean-Paul Descombey

LA PSYCHIATRIE SINISTRÉE

Défense et illustration
de la psychiatrie

L'Harmattan

Du même auteur :

Alcoolique, mon frère, toi. L'alcoolisme entre médecine, psychiatrie et psychanalyse.

Préface de Georges Brisset, lettre postface de Joyce Mc Dougall.
1995, Toulouse, Privat. Nouvelle édition, Paris, L'Harmattan.

Précis d'alcoologie clinique.

Préface de Dominique Barrucand. Paris 1994, Dunod. Réédition.

L'Homme Alcoolique. Préface de Pierre Fouquet. Paris, 1998, Odile Jacob.

L'économie addictive, alcoolisme et autres dépendances.

Paris, 2005, Dunod.

© L'HARMATTAN, 2007

5-7, rue de l'École-Polytechnique ; 75005 Paris

<http://www.librairieharmattan.com>
diffusion.harmattan@wanadoo.fr
harmattan1@wanadoo.fr

ISBN : 978-2-296-04252-0
EAN : 9782296042520

*Regardez travailler les bâtisseurs de ruines
Ils sont riches, patients, ordonnés, noirs et bêtes
Mais ils font de leur mieux pour être seuls sur terre
Ils sont au bord de l'homme et le couvrent d'ordures
Ils plient au ras du sol des palais sans cervelle.*

Paul ÉLUARD
Cours naturel 1936

Au grand public, pour qu'il soit informé, aux politiques, aux technocrates, aux journalistes, pour leur rappeler ce qu'ils ont ignoré, ou, plus grave, ce qu'ils se sont empressés d'oublier. Aux psychiatres, pour qu'ils continuent à résister sur leurs positions professionnelles et éthiques. Aux patients et à leurs familles, pour qu'ils ne désespèrent pas.

LA PSYCHIATRIE QUAND MÊME DÉFENSE ET ILLUSTRATION DE LA PSYCHIATRIE

PARTIE I

- CH. I** Quand les autorités, les médias et le grand public découvrent la psychiatrie..... 17
- CH. II** De la révolution psychiatrique (1945-1970) à son asphyxie lente mais annoncée 21
- des « Lumières » et de Pinel à la loi de 1838
 - la période asilaire et les aliénistes
 - critique de l'asile et de l'aliénisme par les médecins des hôpitaux psychiatriques
 - naissance de la psychothérapie institutionnelle pendant la guerre (1940-1945)
 - la révolution psychiatrique (1945-1970); le « livre blanc » de la psychiatrie
 - le secteur psychiatrique et la continuité des soins
 - Mai 68 : l'autonomisation de la psychiatrie et son nouveau mode d'enseignement ; le recrutement des psychiatres rendus nécessaires
 - la psychothérapie institutionnelle dans les cliniques (Laborde, etc.)
 - difficultés et inégalités dans les progrès de la psychiatrie
 - la psychiatrie à l'hôpital général
 - importance et limites de l'emploi des neuroleptiques et autres psychotropes
 - influence de la psychanalyse
 - les nouvelles pratiques (visites à domicile, thérapies familiales, placements familiaux, clubs thérapeutiques, associations de secteur...)

CH. III	L'ère de la régression et de l'asphyxie (1980-2005)	37
	- l'effondrement de la démographie médicale	
	- la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique	
	- la destruction de la « transversalité » interprofessionnelle des équipes de soin	
	- la bureaucratie galopante	
	- l'« économisme » et l'« hôpital-entreprise » ; le « P.M.S.I. »	
	- l'absence de véritable politique de santé	
	- la réduction massive et irresponsable des lits	
	- la « réforme » de la loi de 1838 sur les internements	
	- rôle d'une idéologie (démagogie) antimédicale, « antipsychiatrique »	
	- les retombées sur la pratique médicale et l'altération de sa tenue éthique	
CH. IV	Responsabilité des psychiatres	63
CH. V	Le plan Douste-Blazy pour la psychiatrie.	71
	Analyse critique	
CH. VI	L'horizon 2007	87

PARTIE II

Les problèmes découverts en 2005 étaient connus, signalés
aux autorités depuis 15 à 20 ans voire plus..... 95

TEXTES À L'APPUI (1971-1997) :

1. « Les services psychiatriques d'Eaubonne (95) ne veulent pas mourir » (1974).....	97
2. « La crise de l'hospitalisation psychiatrique et les vicissitudes des idées concernant l'hospitalisation » (2003).....	109
3. « L'externement arbitraire » (1993).....	119
4. « Quand la psychiatrie a faim, on lui donne à bouffer de la loi de 1838 » (1990), avec une lettre (non publiée) au journal « Le Monde » (1989)	127
5. « Les illusions perdues ; grandeur et misère de la psychiatrie à l'hôpital général » (1991).....	139

6. « De l'hospitalisation psychiatrique à l'hôpital général », lettre à la direction du « Concours médical » (1982)	
7. « Psychiatrie de liaison ou psychiatrie de secteur à l'hôpital général ? » (1983)	155
8. « La démographie des psychiatres des Hôpitaux » (1995)	159
9. « Subjectivité, scientificité, objectivité, objectivation : le D.S.M. III et ses retombées sur la pratique et la recherche psychiatriques » (1985).....	165
10. « Sur la chronicité en psychiatrie » (1995)	175
11. « Prévention, mon beau souci » (1990).....	179
12. « Évaluation, dévaluation, ou les incidences de l'économie de marché sur la psychiatrie et l'hospitalisation publiques » (1991), avec un « jeu-test à la manière d'un hebdomadaire connu » (1991)	183
13. « Pourquoi un Cercle d'Études Psychiatriques Henri Ey ? » (1993).....	215
14. Lettre au Président de la Société Psychanalytique de Paris sur l'état actuel de la psychiatrie	221
15. Contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins politiques	225

... EN GUISE DE CONCLUSIONS ET D'OUVERTURES DE PERSPECTIVES

- Allocutions de départ en retraite de l'Hôpital Sainte-Anne (1997)	237
- « Ne touchez pas à l'hôpital psychiatrique ! R. Piketti (« Le Monde »)...	259
- « La psychiatrie, une spécialité en voie de cachexie », éditorial (revue Synapse), par R Gaillard, Président de l'Association des Internes en Psychiatrie (janvier 2005).....	263
- Interview de Paul Balvet (1988).....	266

AVERTISSEMENT

Ce livre a pour seul but d'apporter à nos concitoyens les informations nécessaires, prises à la source, sur la psychiatrie et ce qui constitue sa « crise » actuelle. Informations visant à rectifier un bon nombre d'erreurs, interprétations hautement contestables, voire mystifications délibérées répandues par les médias, les politiques, et les technocrates qui leur servent de pensée.

En effet, de quoi la psychiatrie n'est-elle pas accusée, parfois simultanément, et à la fois de laxisme, d'inactivisme irresponsables et d'atteinte à la liberté des personnes, sans parler du battage fait à propos de découvertes soi-disant révolutionnaires qui seraient censées mettre un terme à ses errements, mais qui tendent, en fait, à la ramener de façon toute régressive aux conceptions les plus archaïques, organicistes et déshumanisantes dont il lui a fallu un siècle pour qu'elle s'en débarrasse. Pourquoi est-il présenté au grand public un visage à ce point déformé de cette branche de la médecine ? pourquoi cette psychiatrie, spécialement publique, est-elle montrée sous le jour le plus effrayant ? En grande partie par le biais d'un déplacement. La folie a toujours fait peur, et il est plus confortable de déplacer cette peur sur les pratiques de la psychiatrie. Au pire, ce serait même la psychiatrie qui engendrerait la folie ! Et sur ce chemin tous les moyens sont mis à contribution, même les pires.

On essaiera ici de démonter les mécanismes aboutissant à cette vision dévoyée de la psychiatrie, et, pour ce faire, on reproduira un certain nombre d'écrits personnels dans lesquels les menaces sur la pratique psychiatrique et les dévoiements qui la guettaient étaient signalés et dénoncés et ce, déjà 10, 15, voire 20 années auparavant, donc bien avant qu'en haut lieu on feigne les découvrir avec surprise. Écrits personnels, certes, mais dont les idées mises en avant n'étaient pas propres au seul auteur des dits écrits. Inquiétudes, cris d'alarme que d'ailleurs les représentants de la profession, syndicats, associations scientifiques, ou personnalités éminentes avaient tenté de faire connaître, certes parfois avec un certain retard, aux princes qui nous gouvernent. Mises en garde auxquelles les autorités se montraient alors d'une surdité assez prodigieuse.

C'est au nom d'une longue expérience de terrain que je témoigne ici, d'où un tour assez personnel donné à l'ouvrage, mais celui-ci, je le dis sans honte ni remords, me paraît infiniment préférable aux spéculations concoctées au fond d'un bureau par des personnes qui ne se sont jamais colletées avec la réalité de la souffrance des patients.

J'espère que ces écrits pourront apporter quelque aide à ceux qui ont mandat, lourde charge, de défense et illustration de la psychiatrie, tant auprès des autorités sanitaires que du grand public.

PARTIE I

CH. I QUAND ON DÉCOUVRE LA PSYCHIATRIE

Il aura fallu le massacre d'une infirmière et d'une aide-soignante pour qu'on s'émeuve sérieusement mais brusquement de la situation de la psychiatrie en France.

Émotion du moment, promue et orchestrée par ceux-là mêmes qui s'étaient longtemps montrés sourds à tous les appels du type « casse-cou ». Pour être plus clair, disons que « ceux qui » désigne à peu près tout le monde sauf les professionnels concernés et les familles des malades, mais, plus spécialement, les gens au pouvoir, quel qu'il soit hélas, et les gens des médias.

Ce qui ne veut pas dire que les psychiatres n'ont pas leur responsabilité propre dans l'installation subie d'une dégradation du dispositif de soin en psychiatrie. J'y reviendrai, et, on peut me croire, avec le maximum de lucidité possible, et sans complaisance pour la profession qui est la mienne.

Côté pouvoir, faut-il rappeler que, tout récemment encore, en 2003, plus de 2000 professionnels de la psychiatrie se réunissaient en États Généraux à Montpellier. La tenue d'une telle réunion était déjà un prodige quand on sait qu'en raison de la pénurie démographique, il est devenu extrêmement difficile pour ces professionnels (psychiatres d'exercice public ou libéral, infirmier(e)s, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) de s'absenter de leur travail. Le Ministre de la Santé, le Professeur Mattéi, devenu célèbre, depuis, grâce à la canicule, était évidemment invité. Mais l'événement n'était pas assez important à ses yeux pour qu'il se déplace, ou bien pressentait-il qu'il aurait à affronter un bilan qui l'eût obligé à le prendre en considération. Mais rien, pas même un message du type : « je suis attentif à vos soucis et inquiétudes, vos demandes, vos suggestions, vos projets »... voire « je vous ai compris... ». Non, même les 10 mesures d'urgence qui lui étaient proposées à l'issue de ces états généraux, n'ont pas eu l'honneur non plus de sa prise en considération.

Il est juste de rappeler que l'un de ses prédécesseurs, Monsieur Evin, lui avait montré la voie : ouvrant, en tant que ministre, un colloque « L'Hôpital public, une urgence », colloque organisé par son propre parti, il s'était éclipsé, aussitôt bâclé son allocution de bienvenue, car il avait d'autres obligations plus urgentes : se rendre à la réunion de son courant rocardien...

Le successeur du Ministre Mattéi, le Professeur Douste-Blazy, un autre médecin, annonce maintenant, en catastrophe, suite au drame de Pau, donc « vite fait », plutôt que « bien fait », peut-on supposer vu la précipitation, un

« plan pour la santé mentale » dont le financement, en deux ans, couvre à peine l'inflation, si réduite soit celle-ci. Et il annonce encore – toujours les effets d'annonce – un moratoire sur la fermeture de lits (un moratoire, c'est-à-dire une suspension momentanée, réservant le droit, l'émotion passée, de reprendre ce processus destructeur). Enfin, bien sûr, des mesures de sécurité, le plus souvent sous la forme de gadgets qui, c'est évident, résoudront tout. Avouons qu'à voir la mine contrite et compatissante de notre ministre nous ne pouvons nous empêcher de penser à Tartuffe... « La foi qui n'agit pas, est-ce une foi sincère ? » est-il dit dans la célèbre pièce.

Un autre fait, qu'il serait indécent de qualifier d'anecdote, concerne la visite que firent le premier ministre Jospin et le ministre de la santé Kouchner à l'usine AZF à Toulouse au lendemain de l'explosion. **Il leur suffisait de traverser la rue** pour faire acte, ne serait-ce que de présence auprès de l'Hôpital Psychiatrique Gérard Marchant qui venait, lui aussi, d'être dévasté lors de l'explosion, comme j'ai pu le constater : des lits, projetés par le souffle, avaient traversé les cloisons. Ce fut un miracle qu'il n'y eut pas de victime : ce jour-là, les soignants, profitant du beau temps, avaient emmené tous les malades en pique-nique au fond du parc. Que le ministre de la santé n'ait pas fait les trente pas qui l'auraient amené à constater les énormes dégâts faits dans un Hôpital Psychiatrique en dit long sur l'attention portée à la psychiatrie par les princes qui nous gouvernent, fussent-ils médecins.

Mais faut-il vraiment s'étonner de tout cela quand, depuis des décennies, il n'y a pas de politique de santé, le déficit de la Sécurité Sociale, certes inquiétant, mais lié principalement à un chômage massif – étant la seule préoccupation en la matière de gouvernements, hélas, tant de gauche que de droite. Et comme les professionnels de la psychiatrie sont, pour reprendre une analogie faite par un de nos anciens dirigeants syndicaux, « les juifs de la médecine », on ne se préoccupe de leur funeste sort que quand celui-ci devient le sort d'autres catégories de praticiens, ou que survient un drame. Car encore trop souvent, ces professionnels de la psychiatrie sont traités, selon le mot d'un de nos illustres collègues comme « les poubelliers de la médecine ». En deux décennies, seule la loi Evin, récemment torpillée par l'actuelle majorité de droite, et des phrases incantatoires sur les handicapés, ont rompu un silence sidéral. Encore ces dernières cantonnent elles le souci à l'assistance aux handicapés, à l'exclusion des soins dûs aux malades mentaux. Côté médias, il faut quand même dire que la recherche du scoop, de ce qui peut frapper l'imagination et l'émotion du moment, se fait aux dépens de la réflexion sur une information bien documentée.¹

1. Il faut faire une exception, assez récente, en quoi a consisté l'émission remarquable de Benoît Duquesne sur France 2, le 28/02/05 à 22 heures 45.

Pendant des décennies on a surtout entendu parler de l'enfer que constituaient les hôpitaux psychiatriques, et la psychiatrie en général. L'accent fut longuement mis sur l'internement arbitraire, comme si c'était le problème quasi unique que posait l'exercice de la psychiatrie. Et là dessus, on chercha des témoignages et des témoins allant uniquement dans ce sens. Le « livre noir de la psychiatrie » de Philippe Bernardet, par exemple, a eu droit à tous les honneurs et toutes les caisses de résonance, alors que, pendant ce temps une lente mais efficace destruction de l'appareil de soin psychiatrique s'opérait avec, en conséquence, altération des pratiques soignantes, et menant à ce que j'ai appelé alors « extérieurement arbitraire », c'est-à-dire des sorties d'hôpital dangereusement prématurées, sans que soit présent le filet de protection nécessaire, vitalement, à la sortie du patient (suivi ambulatoire, structures de soin intermédiaires, de transition), ou encore des entrées dangereusement différées, dont on a vu, à Pau, le risque dramatique.

Cette antipsychiatrie du pauvre (en esprit) reposait, bien entendu, sur une utilisation intensive des thèses de Michel Foucault, lequel parlait d'une position généreuse mais très dogmatisée et « absolutisée » de lutte contre toute répression. Il parlait en guerre contre les asiles, au même titre que contre les prisons (Cf la fondation parallèle du G.I.P. – Groupe Information Prisons – et du G.I.A. – Groupe Information Asiles). Il omettait (ou ignorait – mais pourquoi chez ce grand esprit ?) ce qu'était la psychiatrie, celle des années 70-80 en particulier.

De même, on le verra, en partant d'une idée au départ judicieuse (bien qu'elle soit contestée par pas mal de nos collègues), de supprimer les grandes concentrations asilaires (les C.H.S.) et d'insérer les nouvelles équipes de secteur dans des C.H.G. (les Hôpitaux généraux), au plus près des populations, on a abouti à ce qu'un secteur psychiatrique sur trois ait ce rattachement et bénéficie, avec quelques difficultés et inconvénients qu'on verra, de cette nouvelle insertion. Le hic est qu'on a appliqué cette politique au moment même où l'on fermait le robinet des crédits. D'où ce qui s'est trop souvent produit : des équipes psychiatriques ayant le charge d'assumer tous les besoins d'accueil et de soins des malades du secteur... sans que les administrations dont elles dépendaient aient l'obligation de leur en fournir les moyens. Un directeur de C.H.G. alla même jusqu'à déclarer que l'arrivée des crédits affectés, en principe, pour la psychiatrie étaient « une mine d'or pour son hôpital ». Il disait tout haut le projet, réalisé en maint endroit, comme on le verra, d'affecter, tout au moins en partie, ces pauvres crédits à d'autres projets, plus spectaculaires. Et quand les psychiatres protestaient contre ces détournements, la réplique était l'argument-massue : « l'hôpital est un tout », argument fonctionnant à sens unique, évidemment : jamais on n'a vu des crédits prévus pour d'autres disciplines être attribués à la psychiatrie.

De tout cela, et de la suppression massive, irresponsable, de lits de psychiatrie (55 000 !), de la suppression de l'internat spécifique de psychiatrie et du diplôme d'infirmier(c) de secteur psychiatrique (sous des prétextes de « non ségrégation » et d'alignement sur les autres pays d'Europe), du double numé-
rus clausus (dans les études médicales et dans l'accès, via l'internat unique en médecine, aux spécialités, dont la psychiatrie), de la vacance de 800 postes de psychiatres hospitaliers plein-temps (sur un effectif officiel de 2 300, de tout cela les médias, T.V. comme presse écrite, à de très rares exceptions, n'ont guère parlé pendant les dernières décennies, jusqu'au drame de Pau; mais l'attention alors portée à ce tragique événement s'est le plus souvent limitée au fait criminel, sans que ce soit l'occasion d'aborder le contexte, c'est à dire la misère de la psychiatrie.

Les lettres que maint praticien adressait à ces sujets à la presse écrite, souvent fort argumentées, chiffres à l'appui, n'avaient en règle pas droit de cité, ni même d'accusé de réception, sauf quelques réponses effarantes : « ce sujet n'entre pas dans les préoccupations de notre lectorat », ou « dans nos projets éditoriaux ». J'ai par exemple, avec mon équipe de Sainte-Anne, adressé à un grand quotidien un document assez exhaustif sur la situation dangereuse dans laquelle on était en train de mettre la psychiatrie, et, puisque la nécessité de faire des économies drastiques était présentée comme argument imparable justifiant le refus des crédits nécessaires à la psychiatrie, sur les raisons jamais évoquées du déficit de la sécurité sociale (impayés monstrueux de cotisations patronales, de la part des entreprises privées mais surtout publiques et de l'état lui-même, chômage massif privant la sécu d'une masse énorme de cotisations, patrimoine immobilier acquis du temps des « vaches grasses » sur la consigne du fondateur de la Sécu lui-même, Monsieur Pierre Laroque, afin de pouvoir assurer la traversée de périodes difficiles etc.). Ces deux types d'informations, alertes sur la psychiatrie et réponse au discours obstructif et moralisant de prétendus « économistes de la santé » n'ont connu ni utilisation ni avis de réception. Et maintenant, dans les meilleurs cas, on feint de découvrir ce sur quoi on a été alerté pendant des années.

On verra en effet que cette « évolution régressive » a entraîné avec elle une dégradation de ce qui faisait de la clinique française une des plus avancées, élaborées, en particulier en psychiatrie, vers une pratique d'un pragmatisme étroit, sommaire (pléonasme ?) sous forme, par exemple, de protocoles standard, sorte de minimum vital (et encore ?), ne parant, et avec quelles difficultés, qu'aux problèmes immédiats, aux urgences, et faisant fi de ce qui est essentiel dans la clinique et le traitement en psychiatrie : la temporalité, le long cours, le suivi dans la continuité.

CH. II DE LA RÉVOLUTION ET DU SECTEUR PSYCHIATRIQUES À LEUR ASPHYXIE LENTE ET ANNONCÉE.

Si l'on veut vraiment comprendre quelque chose à ce qu'on appelle la « crise de la psychiatrie », il faut savoir ce que l'on a dénommé la « révolution psychiatrique » de l'après deuxième guerre mondiale, et ce qu'est le secteur psychiatrique, comment il est né, quels ont été les agents actifs de sa promotion, quelles ont été les difficultés rencontrées dans l'application de cette politique, et, pour finir, ce qui en a, plus récemment, miné le développement, ou tout simplement l'application.

L'assistance et les soins à apporter aux malades mentaux à l'époque moderne (XIX^e siècle) a été, doctrinalement et quant à l'organisation, fondée d'une part sur les idées venant des Lumières (on connaît en général PINEL « libérant les aliénés de leurs chaînes », on connaît mal ce qui a constitué ce qu'on appelait alors le « traitement moral »). D'autre part sur une législation : la célèbre loi de 1838, loi dont la discussion au parlement a duré plusieurs mois, fait qui témoigne du sérieux avec lequel les problèmes posés étaient alors examinés. À l'opposé, la loi qui lui a succédé, « loi de 1990 » a vu sa discussion bâclée par l'assemblée nationale en une séance.

En 1838, il s'agissait d'une part de créer dans chaque département un Hôpital Psychiatrique (on l'appelait alors « asile ») et d'autre part de réglementer la privation de liberté de l'individu en quoi consistait, entre autres, l'internement. Cela représentait un progrès par rapport à l'arbitraire qui régnait jusque-là, et qui avait quelque similitude avec les lettres de cachet. Qu'on se rappelle la nouvelle de Balzac intitulée « L'interdiction ». Ainsi s'est développée une « psychiatrie asilaire » comportant le meilleur comme le pire.

Le meilleur car, en l'absence de moyens thérapeutiques d'efficacité spectaculaire, les aliénistes consacraient leur temps à l'observation clinique des patients qui leur étaient confiés, et ceci avec la minutie quasi obsessionnelle qui leur a valu de sévères critiques. À la description précise des symptômes, des problématiques perçues à travers un discours que nul magnétophone, alors n'enregistrait intégralement, se conjuguaient un souci de classification nosographique constituant un « jardin des espèces » aux cloisonnements quelque peu étanches, qui faisait du clinicien une sorte de botaniste ou d'entomologiste systématiciens, voire un « jardinier de la folie ». De nos jours, on est loin du compte, vu la perte de vitesse que connaît la clinique, trop souvent réduite à une collection de symptômes, « symptômes cibles » pour tel ou tel médicament. Et c'est avec une saine nostalgie et un étonnement ravi que les rares

cliniciens rescapés actuellement relisent ou lisent les classiques : PINEL, ESQUIROL, FALRET, MAGNAN, de CLERAMBAULT...

Mais, se voulant scientifiques, ces grands cliniciens étaient organicistes. La folie était une maladie du cerveau, même s'ils n'allaient pas, trivialement, comme Cabanis, proclamer que « le cerveau sécrète la pensée (et la folie, donc) comme le foie sécrète la bile ». De ce point de vue, il semble que certaines conceptions « modernes » de la psychiatrie constituent un retour à ce réductionnisme organiciste, même si elles peuvent s'appuyer (ou croire pouvoir s'appuyer) sur les progrès certes assez extraordinaires des neurosciences (imagerie cérébrale, neurochimie).

Mais le « traitement moral » prôné restait trop souvent lettre morte, la société française et ses gouvernants n'estimaient pas qu'il fut utile de dépenser trop d'argent pour soigner ou même satisfaire les besoins élémentaires de ces êtres humains voués à l'isolement, loin de la cité ; l'implantation géographique des asiles, hors les murs, à l'air vivifiant des campagnes témoignait de ce seul souci. Il fallait protéger la société des « gens normaux » de ces malades « incurables » (étymologiquement « non soignables »), donc reléguer ceux-ci. C'est ce que décrit bien FOUCAULT dans son « Histoire de la folie à l'âge classique ». Mais cette relégation ajoutait à l'affection mentale qui avait amené ces sujets à l'asile, une sorte de deuxième maladie surajoutée, trop bien greffée sur la première. Et l'évolution sur un mode chronique, de fait, de la plupart des maladies mentales, se trouvait aggravée par une chronicisation liée à la vie asilaire. Les courants les plus brutaux et sommaires d'une antipsychiatrie vulgaire ont eu beau jeu d'affirmer que les maladies mentales n'existaient pas et qu'elles n'étaient qu'une fabrication iatrogène due à l'asile, à l'enfermement.

De plus les conditions élémentaires de vie des malades dans les asiles avaient atteint un niveau scandaleusement bas. Malades couchés sur la paille, entassés dans une promiscuité réduisant à néant toute intimité. La nourriture servie était souvent infecte et le point culminant fut atteint sous l'occupation (1940-1944), où, sous le prétexte des restrictions alimentaires auxquelles la population entière était soumise, on laissa mourir de faim les aliénés. Ce fut l'« extermination douce » étudiée et dénoncée dans sa thèse, après guerre, par notre collègue lyonnais LAFONT. Il faut avouer qu'il y eut même un congrès des aliénistes et neurologues français pour décrire alors de mystérieuses maladies de carence chez les malades internés...

À l'opposé, avec BALVET, BONNAFE et TOSQUELLES, à Saint Alban, au fin fond de la Lozère, l'honneur fut quelque peu sauvé en se préoccupant de la santé, de la survie des malades, en sortant avec eux de l'asile pour aller dans les fermes chercher ce qu'on appelait alors « du ravitaillement ». C'est de cela, de cette pratique associant malades, infirmier(c)s et médecins, qu'est

née, pour partie ce qui est devenu la « Psychothérapie institutionnelle », alias l'utilisation raisonnée de la vie de l'institution, pour l'empêcher de dégrader l'humanité des individus, mais aussi pour, traitant l'institution, se servir de son fonctionnement comme levier thérapeutique pour leur désaliénation. Et cela à une époque où chloral, morphiniques, barbituriques étaient les seules thérapeutiques médicamenteuses, à côté de l'électro-choc !

Un dernier point est à préciser sur cette psychiatrie asilaire : on ne pouvait être hospitalisé en psychiatrie qu'en étant interné, donc par une mesure contrainte, administrative, même si le malade acceptait d'être hospitalisé, voire le demandait. Et ce fut le mérite du Dr Édouard Toulouse dans, et quelque peu en marge de l'Hôpital Sainte-Anne, de créer ce qu'il a appelé « l'Hôpital Henri Rousselle », où l'on pouvait être hospitalisé et soigné sans être interné, donc de son plein gré. Il y aurait certes beaucoup à dire sur les idées du Dr Toulouse, lesquelles mêlaient préoccupations scientifiques voire scientisme, hygiénisme voire eugénisme bien suspect, mais aussi humanisme et volonté de soigner et l'esprit et le corps. D'où ce « ramassis » (CZERMACK) que constituait son équipe (objet de jalousies et de vindictes) : des médecins somaticiens, des psychiatres révoltés de la manière dont on traitait les malades mentaux, des assistantes sociales (une première !), des psychologues (le Dr SIMON, l'un d'eux, succéda à TOULOUSE). Bref un dépensier, scandaleux collègue taxé quelque peu de mégalomanie voire de paranoïa !

Il faut dire aussi que le recrutement du personnel affecté au gardiennage des malades était assez consternant. S'il y avait un concours pour être sacré « médecin des asiles », Bonnafé, qui exerçait déjà dans les années 30 racontait qu'on allait alors recruter les infirmiers-gardiens à la sortie des prisons !

Mais c'est au sein même des asiles qu'est apparue leur critique radicale et non dans les hautes sphères sanitaires de la République. Ce sont les médecins des Hôpitaux psychiatriques qui ont fait le procès du déjà vieil H.P. et se sont efforcés, dans certains hôpitaux-phares, de les transformer : outre BALVET et TOSQUELLES à Saint Alban, BONNAFÉ à Sotteville les Rouen, DAUMEZON à Flcury les Aubrais, SIVADON à Ville-Évrard, J.E GUILLANT à La Charité sur Loire² puis à Villejuif, Henri EY à BONNEVAL. Ceci déjà avant la deuxième guerre mondiale, pour prendre un nouvel et important essor au lendemain de la libération.

2. Il prit le risque, assez énorme, pour les patients comme, administrativement et légalement pour lui, d'ouvrir officieusement les portes de son service. À son anxiété, bien compréhensible, d'apprendre la survenue de quelque accident grave ou le non retour, le soir, de malades que la loi lui faisait obligation de garder enfermés, succéda un désenchantement bientôt éclairant pour lui : aucun malade ne manqua à l'appel et tous revinrent à l'heure du souper. Il ne suffisait pas d'ouvrir les portes pour rendre leur liberté aux malades.

Déjà l'allemand Hermann SIMON avait attiré l'attention sur la nocivité de la vie asilaire, en mettant l'accent sur la passivité iatrogène. Malgré une idéologie du travail régénérateur voire rédempteur (dont on a vu les prolongements et dérives tragiques: « Arbeit macht frei » – le travail rend libre – ou la couverture donnée au travail forcé au Goulag), H. SIMON donnait le coup d'envoi, avec d'autres, à une véritable « Révolution psychiatrique ». Les infirmiers les plus avancés y participaient activement, ce dont a témoigné le livre de l'un d'eux, intitulé, non sans fierté: « Je travaille à l'asile d'aliénés ». Dans le sillon creusé par la critique, c'étaient des changements réels dans la vie asilaire, dans les relations entre personnels médicaux et infirmiers et malades, dans les relations, aussi, entre soignants, entre médecins et infirmier(e)s. Mais il faut dire que ce fut au départ l'œuvre de quelques pionniers, la plus grande masse des services ne bougeant pas ou peu.

Les moyens employés non seulement pour humaniser l'asile mais pour le subvertir allaient des plus modestes, terre à terre, comme de couper des grandes tables de réfectoire pour en faire plusieurs tables de quatre convives (DAUMEZON), à la critique par PAUMELLE, élève du même DAUMEZON, et à la transformation radicale du « pavillon d'agités » qui s'avérait avoir été le meilleur catalyseur de l'agitation (« que faites-vous pour calmer un agité » disait PINEL à son infirmier PUSSIN ? « Je le détache, Monsieur »). L'important était de faire participer les malades tout comme les soignants à ces bouleversements. Il fallait que tous prennent conscience de la manière dont, chacun, selon sa place dans l'institution, était prisonnier de l'instrument censé servir à soigner.

Ce qui frappe dans cet historique, c'est l'intrication de ces tournants, de ces changements qualitatifs brusques avec les périodes critiques de l'histoire politique et sociale de notre pays: les premières audaces coïncidant avec les bouleversements introduits par le Front Populaire (1936-1937). Saint Alban, sous l'occupation (1940-1944), c'était la rencontre de BALVET, catho confessant non sans humour avoir été un temps séduit par le Pétainisme, avec deux collègues venus en renfort: BONNAFE, militant communiste notoire, avec, en plus, son héritage d'agitateur surréaliste, et TOSQUELLES, officier catalan de l'armée républicaine espagnole, réfugié en France et porteur des idées freudiennes et bientôt lacaniennes. Choc et mélange o combien fructueux pour l'avenir, des idées voire des idéologies, en toute liberté, sous l'occupation ! Et comme tout se tient, Saint Alban redonnait à l'asile son sens premier, noble (est-il, de nos jours, à jamais perdu ?) : il servait à cacher des résistants poursuivis par la gestapo et la milice de Pétain, réfugiés dont le plus célèbre aura été Paul ÉLUARD, qui y a écrit ses poèmes « de la maison des fous ».

Mais c'est à la libération et dans les années qui suivirent que se produisirent les étapes décisives de la mutation de la psychiatrie. La libération, ce n'était

pas seulement le départ des nazis et la fin de la guerre, c'était un immense espoir de changements sociaux (exprimé par le programme du Conseil national de la Résistance), et un grand enthousiasme dans la reconstruction, avec aussi des illusions perdues.

Dans ce contexte, un grand bond en avant apparaissait possible, aussi, pour la psychiatrie. Au ministère, une administratrice hors pair, Marie-Rose MAMELET, recevait nos aînés, à peine démobilisés, qui venaient plaider pour, cette fois, une véritable révolution psychiatrique: BONNAFE, DAUMEZON, SIVADON et d'autres esquissaient déjà (ou enfin) ce qui allait devenir une psychiatrie publique digne de ce nom, sous la forme du Secteur Psychiatrique.

Et ce n'était pas là une orientation concoctée au fond d'un bureau et formulée sous forme d'oukaze – comme on en verra par la suite – venant du pouvoir ou d'éventuels technocrates. L'inspiration, l'impulsion, les projets, venaient de la base, des professionnels de terrain, en une créativité qu'avait suscité la critique parfois véhémente, par les mêmes, de la condition faite aux malades mentaux dans les asiles, avec déjà des ébauches, bien parcellaires, de changements dans les faits et dans les rapports médecins-infirmiers. Une des réalisations importantes fut le développement de la branche des « C.F.M.É.A. » (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active) impulsés par Germaine Le HENAFF, compagne de Le GUILLANT: c'était là, déjà, la formation permanente, auto-inspirée et autogérée, complément bien indispensable de celle fournie par le Diplôme d'Infirmier Psychiatrique.

Ce fut un rude labeur pour aboutir à des projets cohérents, réalisables avec le coût que cela impliquait. Ainsi du « Groupe Batia » (en Basque: « La Maison »), animé par AJURIAGUERRA et une pléiade de médecins des H.P., et qu'on a pu comparer à ce que fut, pour les mathématiques modernes, le « groupe Bourbaki ». Ainsi du colloque de Sèvres, qui établit les premières esquisses du secteur psychiatrique. Ainsi, peu avant 1968, des Journées du « Livre Blanc de la Psychiatrie », animées par Henri Ey et Charles BRISSET, mais avec la participation active des éléments les plus dynamiques de la psychiatrie, toutes tendances et formes d'exercice réunies. Le Livre Blanc recommandait et réclamait, excusez du peu ! :

- l'autonomie de la psychiatrie et la fin du scandale du C.E.S. de spécialité « Neuro-psychiatrie »
- la formation de 10 000 psychiatres en 10 ans
- le refus de tout cloisonnement dans la discipline, entre psychiatrie de l'adulte et psychiatrie de l'enfant, entre psychiatrie publique et privée, avec collaboration entre elles
- le secteur psychiatrique et la fin de l'opposition entre Hôpital Psychiatrique et Hôpital Général

- la révision de la loi de 1838 en fonction des progrès de la thérapeutique et de l'assistance et la séparation de la protection des biens d'un côté, des personnes de l'autre
- que le bac philosophie n'exclue pas l'entrée en Faculté de Médecine et que les diplômés en sciences humaines soient des équivalents à l'année préparatoire
- que la formation des internes en psychiatrie comporte un an de neurologie et trois de psychiatrie, avec réciproque pour les internes des C.H.U.
 - avec enseignements en psychiatrie, médecine interne, biologie
 - mais centrée sur la formation et l'exercice effectif de fonctions cliniques et thérapeutiques
 - l'aptitude à ces fonctions étant le critère décisif pour devenir psychiatre qualifié
 - la nécessité d'une formation en psychiatrie sociale et d'une formation personnelle nécessaire à l'exercice des psychothérapies
 - la possibilité de formations optionnelles complémentaires
 - que soit assurée la formation psychiatrique des médecins praticiens (généralistes) et surtout leur apprentissage dans le domaine de la relation
 - que la réorganisation de cet enseignement formation soit faite sur une base non exclusivement universitaire, avec collaboration de psychiatres privés et venant des H.P., et avec inventaire de tous les lieux de soins et de stage possibles.

Voilà ce qu'était un « plan pour la psychiatrie », en 1966-1967, élaboré rigoureusement par les praticiens.

Le Secteur Psychiatrique, dès lors était à l'ordre du jour. Déjà PAUMELLE, LBOVICI, DIATKINE et leurs nombreux collaborateurs avaient fondé sous l'égide de l'Association pour la Santé Mentale et la lutte contre l'Alcoolisme dans le XIII^e arrondissement de Paris, la première expérience, tant pour les adultes que pour les enfants, d'un secteur, en utilisant des crédits qui avaient alors suscité maintes jalousies. Ils avaient le mérite d'avoir, avant tous les autres, et un projet et un enthousiasme créateur, ainsi que l'habileté diplomatique leur permettant d'appliquer, les premiers, les idées de la politique de secteur.

Qu'était donc le secteur? Des précisions restent encore nécessaires, car, avant de disserter sur la psychiatrie, « décideurs » et journalistes se devraient de savoir ce que sont ces idées et les pratiques qui sont cohérentes avec elles, dont une partie a pu trouver une réalisation, incomplète, certes, mais réelle. Le but était d'abord de pourvoir toutes les unités géo-démographiques correspondant à une population de 60 à 70 000 habitants des moyens nécessaires à l'accueil, aux soins et à l'assistance, voire à la prévention. Le seul Hôpital

Psychiatrique Départemental ne pouvait y suffire, celui-ci ayant montré et sa lourdeur et certains inconvénients graves. Le volume de la population à desservir avait été ainsi limité afin qu'il y ait un travail réel, assumable par une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmier(e)s, psychologues, assistantes sociales, secrétaires etc.) de dimension telle que la communication entre ses participants reste chose facile. Pour bénéficier des moyens de travail, essentiellement humains, promis dans le cadre de cette sectorisation, trois conditions de base étaient posées et exigées des équipes :

1) assumer, en sus de l'hospitalisation, un travail de soin extra-hospitalier (consultations, psychothérapies, institutions extra-hospitalières à temps partiel).

2) Assurer la mixité du service, mettant fin à cette partition séculaire entre services d'hommes et services de femmes, chose qui, entre autres, s'opposait au travail thérapeutique intéressant non seulement le « malade désigné », mais l'ensemble familial. Cette mixité impliquait aussi la mixité des personnels.

3) traiter alcooliques et toxicomanes, les premiers apparaissant jusqu'alors trop souvent privés de toute thérapeutique, ou ne bénéficiant que d'un « service minimum », les seconds apparaissant comme sujets d'une pathologie en voie d'extension, et qui n'était plus limitée à des milieux restreints et fermés (grands bourgeois, artistes, professions médicales et dites « paramédicales), mais pathologies prenant dès lors un caractère de masse, spécialement chez les jeunes.

Dire que l'instauration de cette politique de secteur fut une chose facile et rapide serait mentir. Elle a débuté dans les années 70 et n'a été réalisée qu'inégalement et des lacunes sur ce plan persistent encore actuellement.

Il fallait créer les équipes, donc bénéficier d'un recrutement qui devait donc exploser rapidement, et on verra les conséquences lointaines de cette nécessité. Installer des services hospitaliers de secteur à taille humaine, à l'opposé des grandes concentrations asilaires, au plus près des populations desservies et éventuellement, de ce fait, dans des Hôpitaux généraux et plus seulement dans les H.P. (appelés désormais « Centres Hospitaliers Spécialisés »). Créer les institutions extra-hospitalières : centres médico-psychologiques (les anciens « dispensaires d'hygiène mentale »), hôpitaux de jour, de nuit, foyers dits de postcure, centres d'accueil et de traitement à temps partiel etc. Si un bouleversement important a été réalisé, il faut admettre que, pour diverses raisons, tous les secteurs, loin de là, n'ont pas été ainsi pourvus.

Instaurer la mixité des services n'était pas chose évidente, en particulier la mixité des équipes soignantes. Il fallut par exemple toute l'ardeur et la puissance de conviction politique d'un BONNAFE, envoyé judicieusement « au charbon » comme non suspect politiquement aux yeux des infirmiers(e)s pour

convaincre les personnels, particulièrement les personnels masculins d'appliquer cette politique et de s'y impliquer personnellement.

Quant au traitement des alcooliques et des toxicomanes, il faut dire qu'en cela a résidé ce qu'il faut bien appeler l'échec du secteur, échec partiel, certes, mais en gros échec. Nous y reviendrons. Une mauvaise connaissance de ces pathologies, des contre-attitudes et des préjugés réjectifs ont malheureusement joué en ce sens, jusqu'à ce que le Ministère prenne prétexte de cet échec pour confier ce travail à des personnels non psychiatriques³.

Le problème du recrutement et de la formation des personnels psychiatriques étant le nerf de la guerre de la politique de secteur, il nous faut insister maintenant sur les changements intervenus dans ces domaines dans les suites de Mai 68. On retrouve là la corrélation entre les changements dans la psychiatrie et les grands événements politiques et sociaux. Car réduire Mai 68 et ses suites au slogan stupide et effectivement destructeur « Il est interdit d'interdire » (faut-il interdire l'interdit de l'inceste?) est la position, tout aussi stupide, des réactionnaires de tout poil. Le séisme de Mai 68 était bien réel et pas seulement un épisode folklorique. Cette période a permis, outre le coup d'envoi à la politique de secteur, un remaniement important de l'enseignement de la psychiatrie, conforme aux prescriptions du « Livre Blanc ». Il est juste de dire qu'on l'a dû en partie à l'intelligence subtile du Ministre de l'Éducation Nationale d'alors, Edgar FAURÉ et à la compétence de ses conseillers. Il vint en personne dans le XIII^e, à Soisy et y fit un exposé magistral de ce devait être une politique pour la psychiatrie.

Ce fut, d'abord la séparation des spécialités « Neurologie » et « Psychiatrie », jusque-là fondues en un seul certificat de « Neuro-Psychiatrie ». En fait peu de praticiens avaient véritablement la double compétence, AJURIAGUERRA faisant exception, certes une exception brillante, mais une exception. L'obtention de ce feu certificat se heurtait à un malthusianisme non dépourvu de népotisme. Barrage quantitatif qui avait empêché le recrutement d'un nombre décent de psychiatres qualifiés. Un Médecin des Hôpitaux psychiatriques, avec 20 ans d'expérience pouvait ne pas être officiellement qualifié. Mais le recrutement et la formation étaient aussi, de ce fait altérés qualitativement. En fait seuls les internes C.H.U. et plus récemment les internes d'Hôpitaux psychiatriques de la Seine⁴, sous certaines conditions (6 mois d'internat en Neurologie, souvent très difficilement réalisables) y avaient accès. Les internes C.H.U. recevaient le plus souvent une formation essentiellement neurolo-

3. J'ai traité de ces problèmes dans un chapitre de mon livre « L'économie addictive, alcoolisme et autre dépendances », 2005, DUNOD éditeur.

4. Internat assez réputé et pépinière de la plupart des psychiatres et psychanalystes de renom, tant en France que dans le monde (d'Henri EY à O. TRELLES etc.).