

IL ETAIT UNE FOIS LA PSYCHIATRIE ...



CGT CHS Sevrey
<http://chsevrey.reference-syndicale.fr>

1er acte : D'exclusion en exclusions
Du grand enfermement à 1945

2ème acte : La psychothérapie institutionnelle
St Alban, La Borde

3ème acte : La réforme psychiatrique en France

4ème acte : Anti-psychiatrie anglaise et psychiatrie
alternative italienne

5ème acte : Les apports de la psychanalyse

6ème acte : Évolution des métiers en psychiatrie

7ème acte : Enfance délinquante et soins sous contrainte

8ème acte : Aujourd'hui, le meilleur des mondes
Régression néo-libérale, hypertrophie
bureaucratique et clinique en voie de disparition

Epilogue : Un monde meilleur...

INTRODUCTION

Pourquoi une histoire de la psychiatrie sous le label CGT ?

Parce que la CGT ne se propose pas que de « défendre les acquis » corporatistes.

Parce que la CGT a appuyé et soutient toujours les réformes quand elles vont dans le sens des valeurs qu'elle défend. La CGT n'est pas neutre. Ses statuts sont clairs (1995) : « ...née de la double volonté des salariés de défendre leurs intérêts immédiats et de participer à la transformation de la société....héritière des valeurs humanistes et internationalistes....la CGT agit pour que prévalent dans la société les idéaux de liberté, d'égalité, de justice, de laïcité, de fraternité et de solidarité....Elle agit pour une société démocratique....pour promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes,....le plein exercice de la citoyenneté, la défense de l'environnement, la paix et le désarmement, pour les droits de l'homme et le rapprochement des peuples ».

Parce que la CGT a ainsi soutenu le développement des services publics accessibles également à tous.

Parce que la CGT, sans en avoir l'exclusivité, a accompagné historiquement les luttes progressistes d'humanisation et d'ouverture de l'hôpital psychiatrique, la mise en place du secteur et d'un service public de qualité accessible à tous, même si ce soutien a parfois été conflictuel voire plus réservé en certaines occasions, quand les réformes paraissaient trop audacieuses.

Parce qu'aujourd'hui, les régressions sociales et politiques sont telles qu'elles risquent de cantonner nos luttes dans des revendications sectorielles, catégorielles et matérielles et peut être fratricides.

Parce qu'il nous faut inventer et accompagner de nouvelles formes de luttes, proposer de vraies réformes de la santé, de la psychiatrie, progressistes et non régressives, en tirant les leçons de sa longue histoire.

Les militants de la C.G.T. du C.H.S vous invitent à un périple dans le monde de la « FOLIE » de la réalité d'hier aux chimères de demain.

1. D'EXCLUSION EN EXCLUSIONS

Du grand enfermement à 1945



De tout temps, le fou a tenu une place à part dans l'imaginaire occidental. Il était soit l' élu, soit le réprouvé de Dieu. Mais, honni ou admiré, il était toujours craint; il dérangeait, il disait sa vérité, il vivait sa vie à côté de la vie, de notre vie. A l'époque médiévale, la religion et la politique ne faisaient qu'un, et l'une comme l'autre avaient besoin **de boucs émissaires** afin d'asseoir leur légitimité. Pendant longtemps, ces derniers furent des fléaux de type guerrier (envahisseurs, Attila, barbares...), sanitaires (lèpre, peste, choléra, etc. ...) ou naturels (incendies, tremblements de terre, éruptions volcaniques, etc. ...).Ce fut aussi, et souvent, , **l'Autre différent**, dérangeant par sa singularité, risquant de rendre la légitimité des pouvoirs politico-religieux caduque, soit par l'adhésion à une autre religion que la catholique dominante (juifs, cathares, protestants, ...), soit par la marginalité sociale .Et le fou, pour lequel ces normes, ces dogmes n'ont aucun sens, et qui est donc coupable, pour preuve sa situation hors normes qui, en fait, est une punition divine.

Cette situation dérangeante qu'engendrait la folie amena à traiter le fou comme un criminel, coupable par ses agissements passés (voire à venir ...) de son état et que l'on devait traiter comme tel, en l'enfermant, en l'excluant. Vint donc le temps du **Grand Renfermement**, notion élaborée par Michel FOUCAULT, révélatrice d'une des plus grandes injustices faites à l'homme par la société dite « judéo-chrétienne ». « Désormais, la folie est exilée ».

Une date peut servir de repère : la fondation de l'hôpital général de PARIS en 1656 qui n'est ni un établissement de soins, ni une prison. Il est « un étrange pouvoir que le roi établit, entre la police et la justice, une sorte de no man's land juridique de l'absolutisme ».

Bientôt le système va s'étendre à toute la France. Un édit du roi, en date du 16 juin 1676, ordonne l'établissement d'un hôpital général dans chacune des villes du royaume. Dans tous ces lieux d'enfermement, on retrouve, **mêlés aux autres** (mendiants, infirmes, vieillards abandonnés, vagabonds, prostituées, etc.) ceux que l'on appelle alors les « insensés ». Les procédures d'internement sont fortement teintées d'arbitraire (mais aujourd'hui, l'utilisation pervertie de l'hospitalisation sous contrainte n'est-elle pas elle aussi de l'ordre de l'arbitraire ?).

Ce Grand Renfermement a évidemment des causes nombreuses et complexes. La plus immédiate est la crise économique qui sévit à l'époque et jette des milliers de mendiants dans les rues de Paris et des villes de France. En fait, **l'internement joue un double rôle en fonction de la situation économique** : en période de crise, l'hôpital général récupère les pauvres et protège la société contre les agitations et les émeutes; en période de croissance et d'emploi, il constitue un réservoir de main-d'œuvre bon marché. Cette volonté de mettre au travail les prisonniers ou les internés relève de l'idée que l'oisiveté est la mère de tous les vices et qu'elle peut devenir source de révolte.

M. Foucault : « L'hôpital général n'a pas l'allure d'un simple refuge pour ceux que la vieillesse, l'infirmité ou la maladie empêchent de travailler; il n'aura pas seulement l'aspect d'un atelier de travail forcé pour les autres, mais plutôt d'une institution morale chargée de châtier, de corriger une certaine « vacance » morale, qui ne mérite pas le tribunal des hommes, mais ne saurait être redressée par la seule sévérité de la pénitence ».

L'hôpital général a un statut éthique. Ici est posée la fonction asilaire du futur hôpital psychiatrique du 19^{ème} : « dépôt de mendicité » (1764), accueil des plus vulnérables, des infirmes et parasites de toutes sortes... Au cours du 18^{ème} siècle, des critiques commencent à émerger concernant le Grand Renfermement; conduit de manière indiscriminée, il est inefficace économiquement et moralement condamnable. Ces critiques ne concernent cependant pas les insensés, au contraire, car « Il est trop vrai qu'il faut cacher à la société ceux qui ont perdu l'usage de la raison » (Mirabeau, 1758).

A la Révolution, le débat concernant le problème de l'assistance aux malades prend place. Si l'on envisage alors de secourir à domicile les malades pauvres (construire des hôpitaux coûte cher), il n'est évidemment pas question de laisser les insensés en liberté. C'est la raison pour laquelle la folie va être maintenue dans la sphère publique, alors que pauvreté et maladie vont relever de la sphère privée, celle des individus et de la famille. A cette période et après moult batailles politiques intenses autour des problèmes de l'hôpital et de l'assistance aux pauvres, les hôpitaux réservés aux fous n'existaient pas et les anciens lieux de détention se vident de leurs « éléments déraisonnables » dans une certaine confusion. On prend par conséquent des mesures immédiates. La loi du 16-24 août 1790 « confie à la vigilance et à l'autorité des corps municipaux le soin de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté et par la divagation des animaux malfaisants et féroces ». La loi du 21 juillet 1791 va encore plus loin : elle rend les familles responsables de la surveillance des aliénés.

Mais la Révolution ne pouvant renier ses propres principes, la folie n'étant pas un délit, il faut donner à la réflexion qui va la concerner un **autre fondement : il sera médical**. Cabanis pense l'asile en observant et étudiant la folie. **Pinel** en sera l'un des créateurs. On dit de lui qu'il est « l'inventeur » de la psychiatrie moderne à travers un acte fondateur : la libération des insensés de Bicêtre de leurs chaînes en 1793, sur les conseils d'un gardien, J.-B. Pussin, qui préfigure l'infirmier en psychiatrie. A partir de ce mythe fondateur, une nouvelle approche de la folie émerge : il s'agit d'une maladie, l'aliénation mentale, qui relève de la médecine. Le fou ne peut donc plus être puni, ni jugé, ni condamné. Mais pour que le « traitement moral » (basé sur la relation de confiance entre le patient et le médecin) élaboré par Pinel puisse prendre sa place, il faut que le médecin s'appuie sur une institution organisée pour lui servir de support et de relais qui sera un espace **réservé au fou : l'hôpital d'aliénés**.

La loi de 1838 crée un nouveau statut juridique du fou, tout en précisant que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ». Une deuxième période historique commence dès le 19ème siècle, avec l'émergence de **théories de la race et de la dégénérescence**, qui conduiront à un eugénisme découlant d'une vision créationniste du monde opposée au darwinisme. Selon les tenants de ces théories, la maladie mentale s'aggraverait d'une génération à l'autre, d'où la monstrueuse idée d'interrompre cette dégradation en supprimant physiquement les fous. Au 20ème siècle, l'un des théoriciens de ce mouvement en France, Alexis Carrel, qui œuvra notamment au sein du gouvernement de Vichy, félicite le gouvernement allemand d'Adolf Hitler d'avoir pris des « mesures énergiques contre la propagation des individus défectueux, des malades mentaux et des criminels ». Un autre défenseur de ces théories, le psychiatre Edouard Toulouse, remet un mémoire au ministère de la Santé en novembre 1932 dans lequel il propose de mettre en œuvre la stérilisation des malades mentaux, car « la véritable prophylaxie mentale doit être prénatale et tendre à empêcher la propagation d'individus porteurs de tares neurobiologiques transmissibles par **l'hérédité** ».

Le psychiatre J. Ayme, l'un des initiateurs de la politique de secteur après 1945, dénonce l'effet dévastateur sur l'éthique médicale de la référence exclusive à « l'idéologie biologicoscientifique » qui ne laisse aucune place à la psychopathologie, et encore moins à **la valeur humaine de la folie**.

2. LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

St Alban, La Borde



La fin du XIXème siècle et le début du XXème connaîtront un certain immobilisme institutionnel : la réclusion et l'observation sont les seuls actes « thérapeutiques ».

L'apport de FREUD, sa théorisation de l'Inconscient, ravive l'intérêt pour la folie et ses hypothétiques traitements.

En 1937, l'asile devient l'hôpital psychiatrique et, alors que le travail hors les murs est préconisé, se développent les dispensaires d'hygiène mentale.

La **seconde guerre mondiale** fut une épreuve terrible pour les hôpitaux : sur 80.000 hospitalisés, **40.000 malades mentaux mourront** de froid, de tuberculose, de malnutrition ou de faim (ils n'avaient pas droit aux cartes d'alimentation). HITLER avait signé le décret du 1^{er} septembre 1939, légalisant l'euthanasie pour les malades mentaux jugés incurables.

C'est à cette époque aussi, de 1936 à 1939, que **la guerre civile espagnole** stoppa l'essor de la « psychiatrie civilisée » de Barcelone, moderne, ouverte et humanisée et ce fut pour un certain **François TOSQUELLES**, psychiatre aux armées, l'occasion d'engager une intense activité psychiatrique.

Après avoir résisté et échappé au piège franquiste, il gagna la France le 1^{er} septembre 1939 ; réfugié, enfermé dans le camp de Sept Fonds (près de Montauban) mais convaincu que l'expérience psychiatrique qui était la sienne pourrait être utile à la lutte antifasciste, il instaura, dans ce camp de concentration même, un service de psychiatrie.

Puis, en 1940, il fut invité à **l'hôpital de St Alban** en Lozère, qu'il quittera en 1962. A cette époque, dans un élan humanitaire incontestable, l'hôpital psychiatrique va amener les malades mentaux, les fugitifs, les réfractaires et les résistants à se côtoyer.

La débandade de 1940 amènera un certain nombre de médecins, d'artistes ou d'hommes de lettres à se rencontrer à St Alban. La plupart étaient des résistants ou poursuivis par le régime de Vichy : TOSQUELLES, Lucien BONNAFE, Jean OURY, Paul ELUARD, Tristan TZARA, Paul BALVET, André CHAURAND, Roger GENTIS.

C'est dans ce vaste mouvement de rencontres, d'humanisation et de transformation des services des hôpitaux psychiatriques français que progressivement est apparu **le concept de psychothérapie institutionnelle**.

Tous les personnels soignants et non-soignants, les patients et la population sont invités à participer et partager des activités culturelles et sportives dans des lieux **d'échanges et de rencontres**.

Tosquelles a énoncé la théorie des deux jambes sur lesquelles s'appuie la bonne marche de la psychothérapie institutionnelle. Il s'agit de la **psychanalyse et de la politique**, autant dire ses racines, symbolisées dans deux ouvrages qui l'avaient accompagné, la thèse de LACAN (« De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité ») et le livre de Hermann SIMON (« Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique »). Dans le premier, LACAN avance que le discours du psychotique a un sens ; dans le second, SIMON propose de soigner l'institution en même temps que le malade, en lui donnant initiative, responsabilité, travail et créativité.

Une autre racine émane des **mouvements populaires éducatifs** nés avant la guerre, qui parient sur la liberté, la créativité et le désir d'apprendre de l'individu (Célestin FREINET, Fernand DELIGNY, Alexander Sutherland NEILL, Fernand OURY, Aïda VASQUEZ).

Le principe essentiel de la psychothérapie institutionnelle est de créer un rapport entre l'institution et l'attitude thérapeutique. Afin de contrer l'inertie institutionnelle, il s'agit de l'utiliser comme outil thérapeutique en développant une capacité d'accueil pour la vie en groupe et de donner à chacun une place propre.

Cela pose la question de l'institution face à l'éclatement psychotique.

Contrairement aux réponses traditionnelles, défensives (contention et répression des symptômes), la psychothérapie institutionnelle propose de créer un cadre institutionnel assez contenant pour l'équipe dans sa rencontre avec le psychotique, et assez souple pour que les singularités et l'hétérogénéité puissent s'y jouer.

Pour cela, Jean OURY parle de :

- **Prendre soin**, avoir le souci de
- Favoriser la **libre circulation**, en atténuant les entraves aux échanges, tant entre patients que personnels. Les **fonctions priment sur les statuts** professionnels : la capacité soignante n'est pas liée au statut professionnel
- **Accueillir les entours du malade**, afin de les transformer en enveloppes (un patient peut être accueilli avec son chat)
- **Soigner les soignants**, au sens où l'institution prend soin des soignants, mais aussi de leur capacité soignante

Dans sa démarche, la psychothérapie institutionnelle s'apparente à la démarche analytique. Le processus d'associations libres et de rencontres inattendues qu'il produit ne peut se dérouler qu'avec un cadre thérapeutique préfixé. L'organisation est pensée pour donner assez d'ouverture aux événements, **laisser la place au désir et à la parole, et susciter le temps de la rencontre.**

L'invention des neuroleptiques en 1952 aura certainement aussi facilité cette démarche thérapeutique.

St Alban fera des adeptes :

1953 : Clinique de La Borde

1956 : La Chesnaye

1972 : Freschines – St Martin de Vignogoul

1973 : La Chavannerie (Lyon)

1974 : Angers

D'autres régions mettent en place une psychiatrie de secteur inspirée de la psychothérapie institutionnelle.

Depuis 1985, **les rencontres de St Alban** initiées par Paul MARCIANO, avec BONNAFE, OURY, TOSQUELLES et GENTIS permettent de reparler et repenser la psychothérapie institutionnelle dans les transformations de la psychiatrie contemporaine, ses concepts, le transfert dans la psychose, les potentialités soignantes, son approche de l'aliénation mentale et sa pertinence.

A Lille, l'Université propose un Diplôme Universitaire (D.U.) de psychothérapie institutionnelle.

La psychothérapie institutionnelle est donc toujours actuelle et en résistance.

3. LA REFORME PSYCHIATRIQUE EN FRANCE



Au lendemain de la libération, un **groupe de psychiatres progressistes** initialement minoritaires (L. BONNAFE, G. DAUMEZON, G. LE GUILLANT, H. EY), critiquent l'asile ségréatif et totalitaire, à la lumière de l'expérience des camps de concentration, sans toutefois vouloir le supprimer. Ils veulent d'abord humaniser l'asile, puis étendre les soins psychiatriques au-delà de l'institution asilaire, dans un dispositif qui deviendra plus tard celui du secteur. Un second temps historique verra la psychanalyse relayer la critique institutionnelle.

Pour former un personnel sans qualification, DAUMEZON et LE GUILLANT font appel aux **CEMEA** (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active) en 1949, organisme de formation fondé en 1936, lors de l'avènement du Front Populaire et des congés payés, pour former des animateurs de colonies pour enfants. Les CEMEA défendaient les valeurs humanistes de l'éducation nouvelle et la pédagogie active, œuvrant pour fournir des outils pratiques (dont les médiations) aux individus pour transformer les milieux. Ces psychiatres demandaient ainsi à « des gens ordinaires », libérés des habitudes institutionnelles de l'asile, d'imaginer des attitudes différentes, où le malade mental serait traité comme un être humain à part entière.

Créée en 1952 à Clermont-Ferrand, la Fédération d'Aide à la Santé Mentale des **Croix-Marine** relie un maillage d'associations locales qui œuvraient initialement pour une amélioration des conditions de vie des malades mentaux au sein des institutions, ainsi que pour leur resocialisation. Il s'agit aujourd'hui d'un mouvement national d'Associations et d'Etablissements engagés dans des actions en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques. En mobilisant les ressources de la communauté et avec les personnels concernés, elle constitue une force de propositions et favorise les innovations en prévention, soins, réadaptation, réinsertion et réhabilitation. Plateforme de réflexions et d'échanges, elle réfléchit sur le lien entre intervenants en psychiatrie et ceux du champ social. Ces échanges sont formalisés à travers une revue nationale trimestrielle : « Pratiques en Santé Mentale », l'édition des dossiers Croix-Marine ainsi qu'un congrès national annuel. En outre, 15 coordinations régionales sont chargées d'effectuer un travail de terrain via des réunions régulières de formation et d'échanges.

La psychothérapie institutionnelle faisait de l'hôpital un réel lieu de soins.

Ph. PAUMELLE (pour les adultes) puis S. LEBOVICI (pour les enfants), tous deux psychanalystes, ouvrent à partir de 1958 les premiers dispensaires, pionniers des CMP, dans le **XIIIème arrondissement** de Paris, prélude du secteur.

Officialisé par la circulaire ministérielle du **15 mars 1960**, le **secteur** définit un territoire de 67.000 habitants, desservis par un pavillon spécifique de l'hôpital psychiatrique départemental, de manière à assurer une continuité thérapeutique. Les patients seront traités à l'hôpital tandis que prévention et postcure seront assurées par des structures extrahospitalières, mais toujours par la même équipe soignante.

Le secteur restera quasi lettre morte pendant 10 ans.

Mai 68 diffusera le discours antipsychiatrique, questionnant pour la première fois politiquement la pratique psychiatrique. La psychiatrie devient le souci du grand public et non plus seulement des professionnels. Ce mouvement restera théorique et idéologique.

Une circulaire ministérielle de 1972 appliquera la rénovation modérée du « livre blanc sur la psychiatrie française », élaboré de 1965 à 1967. Ce modèle entérinera la prédominance du modèle médical sur la santé mentale et accentuera l'efficacité technique et le contrôle

administratif. Par contre, les CMP deviendront des structures-pivots d'un véritable service public qui reçoivent en 1^{ère} instance les demandes de soins ; l'hôpital n'est plus le centre du dispositif de santé mentale.

A Lyon, J. HOCHMAN, suivi par M. SASSOLAS, lancent la **psychiatrie de communauté**, créant un réseau de services extrahospitaliers en contact direct avec la communauté, entendue comme milieu social, culturel et économique. Ils semblent à l'origine du concept de sociopathie, alternatif à la psychopathie, et de la notion de « thérapie de la souffrance du lien social ».

Au-delà de ces expériences, des **tendances plus radicales** se manifestent.

R. CASTEL, sociologue, auteur d'une sévère critique de la psychanalyse, « le psychanalysme », critique le secteur qui, à son sens, poursuit avec son aide le contrôle social de la maladie mentale, sous une forme plus moderne et plus douce.

DELEUZE et GUATTARI, s'inspirant de LAING et de LACAN, théorisent sur la libération du désir, réprimé intérieurement chez l'individu, mais aussi par le social et la culture. La schizophrénie cherche à libérer ce désir.

Divers groupes (Groupe Information Asile, MARGE, ...) appuyés par des revues (Cahiers pour la Folie, Garde-Fous, ...) défendent pour la première fois « **la condition** » des **psychiatisés**, quand ils ne sont pas directement animés par des patients. L'Association pour l'Extension et la Radicalisation des Luites dans et contre les Institutions Psychiatriques rassemble des infirmiers qui pour la première fois, prennent la parole, et demandent la fin de l'hôpital psychiatrique en se solidarissant aux malades mentaux.

L'époque est alors riche de mouvements et de réflexions progressistes en matière de psychiatrie et de santé mentale.



4. ANTI-PSYCHIATRIE ANGLAISE & PSYCHIATRIE ALTERNATIVE ITALIENNE



Dans les années 1960-1970, la contestation des dogmes de la science psychiatrique traditionnelle s'étend dans le monde occidental sous le terme générique d'antipsychiatrie. La psychiatrie est alors essentiellement asilaire et organiciste. On lui reproche de traiter non pas des troubles mentaux, mais des comportements indésirables, normalisés pour le maintien de l'ordre établi. Elle n'est pas neutre, mais mystificatrice et oppressive. L'asile se montre anti thérapeutique et même destructeur. La psychiatrie offre des thérapeutiques non-efficaces.

Aux U.S.A., Thomas SZASZ affirme que la maladie mentale, au sens médical du terme, est un mythe, car la psychiatrie ne se réfère qu'à des comportements et des signes, et non à une maladie. En réalité, les patients sont traités de force et normalisés « scientifiquement », comme jadis les sorcières étaient traitées par la religion.

Thomas SCHEFF, théoricien de l'étiquetage, démontre que la maladie mentale constitue une déviance résiduelle par rapport aux normes, parce qu'elle ne se réfère pas à une norme explicite, contrairement au crime, à la perversion, au délit et à l'alcoolisme. C'est l'étiquetage par la société de la transgression individuelle qui fait la carrière de la maladie mentale ; le patient finira par se convaincre de sa maladie mentale.

Erving GOFFMAN, sociologue, montre l'effet pervers de l'asile, fermé, « institution totale » comme l'armée, le monastère, où une activité particulière accapare le temps et l'intérêt de tous ses membres, produisant un univers spécifique qui les enveloppe et les coupe du monde extérieur à l'aide de barrières. Les patients y sont déculturés, perdent leur statut de sujet et deviennent objets de l'institution. Ils s'adaptent (le bon patient) ou résistent (le mauvais patient) à la culture propre de l'institution.

Sur le plan de la pratique, les années 1968-1969 voient apparaître de nombreuses initiatives de défense des malades mentaux

En Allemagne (RFA), à Heidelberg, s'organise un collectif étudiants/patients

Les anglais fondent le concept d'antipsychiatrie.

Ronald LAING dénonce l'aliénation schizophrénique. Le schizophrène n'a pu établir, dans son expérience de vie intérieure, un rapport authentique aux choses, falsifié par la famille et les institutions de pouvoir. Il essaie de se réintégrer dans la société en plongeant dans un voyage à travers son monde intérieur, voyage effrayant mais qui peut être thérapeutique si le soignant l'accompagne, sans le médicaliser ni le psychiatriser. Voyage sans garantie de retour, mais susceptible de plus grande maturité pour chacun. LAING fonde Kingsley Hall, à Londres, en 1965, communauté thérapeutique de 13 personnes, qui mélange soignants et soignés où chaque fonction nécessaire à la communauté est assurée par chacun au gré de son désir ; Mary BARNES y racontera son expérience de régression psychotique assistée dans un livre devenu célèbre.

A l'image de LAING, David COOPER décrit la folie comme une subversion universelle durement réprimée ; le schizophrène refuse l'aliénation et affronte la violence des normaux. La folie est la tentative personnelle d'être ingouverné et ingouvernable, autonome. Son traitement consiste à l'arracher à tout contexte clinique qui la détruit, et à lui restituer toute sa créativité. Seule la communauté (autogérée) peut dépasser conditionnements et conformisme. En 1962, COOPER dirige l'Unité 21, un service initialement fermé de 42 jeunes schizophrènes dans un hôpital psychiatrique londonien de 2.000 lits. A l'instar de la psychothérapie institutionnelle, plusieurs réunions régulières animent le pavillon ; les patients y fabriquent des jouets et le décorent. Bientôt, les soignants ne conservent plus que

l'administration et la pharmacie et les premières difficultés apparaissent. Les patients vont alors travailler à l'extérieur, suivis par les soignants, puis quittent pour la plupart l'hôpital. Un an plus tard, 80% travaillent et seuls 17% reviennent à l'hôpital.

Les antipsychiatres anglais se regroupent dans la Philadelphia Association en 1964, que quittent en 1970 ESTERSON, SCHATZMAN et BERKE pour fonder le Crisis Centre en 1974. Le Centre de Crise offre un lieu démedicalisé et une aide intensive, pour un temps limité, à des individus seuls, des couples ou des familles, qui traversent une crise.

La psychiatrie alternative italienne naît en 1961 à Gorizia, près de Trieste, sous la figure de Franco BASAGLIA et de son équipe soignante qui tentent, sur le modèle de la communauté thérapeutique de Maxell JONES, d'humaniser l'hôpital psychiatrique. Prenant conscience que l'asile psychiatrique exclut les patients, ils s'efforcent de les faire sortir en leur fournissant travail et logement, mais démissionnent devant l'opposition de leur administration.

A partir de cette expérience et de beaucoup d'autres, principalement dans le Nord et le centre de l'Italie, se développe une critique radicale de l'asile. Lieu de ségrégation du fou, exclu de la société parce que non-productif et dérangeant l'ordre capitaliste. Lieu de déhistoricisation du patient, coupé de son environnement, de son histoire, de son milieu où sa folie prenait un sens individuel, social et politique. Enfin, lieu de relégation des classes sociales laborieuses improductives.

Dès lors, les « opérateurs psychiatriques » italiens progressistes se rassembleront en 1973 dans le mouvement Psichiatria Democratica. Ils sensibiliseront la population et se chercheront des appuis politiques auprès des syndicats et des partis de gauche, qui soutiendront cette transformation critique et politique interne des institutions (entre autres psychiatriques), bien spécifique de l'Italie d'alors. Il s'agit de transformer une psychiatrie organiciste, asilaire, de l'intérieur de l'asile, mais aussi de l'extérieur, à partir des premiers Dispensaires d'Hygiène Mentale. Le mouvement revendiquera longtemps des rapports professionnels démocratiques (peu de hiérarchie) et se méfiera de toute technique, perçue comme une spécialisation aliénante en puissance.

Il aboutira à la loi 180, en 1978, qui interdit d'hospitaliser tout nouveau patient dans un hôpital psychiatrique. Les patients sont accueillis dans les Unités Sanitaires Locales (CMP), elles-mêmes intégrées dans les autres services socio-sanitaires, ou en Service Psychiatrique à l'hôpital général pour une semaine renouvelable une fois.

L'Italie rompt ainsi avec l'hospitalocentrisme. Les financements n'ont pas été votés par l'Etat, d'où la grande disparité des outils institutionnels, plus présents dans le Nord de l'Italie, plus volontariste dans la réforme.

5. LES APPORTS DE LA PSYCHANALYSE



Née en Autriche en 1895, quand Sigmund FREUD publie ses premiers écrits sur l'hystérie, la psychanalyse pénètre tardivement dans la psychiatrie institutionnelle française.

La découverte de l'**Inconscient**, moteur de notre psychisme, et de la sexualité infantile bouleversent la conception de la maladie mentale.

Désormais, le malade n'est plus mis en cause moralement. Il peut être compris et acquiert le droit d'être écouté. Le malade mental n'est plus ce monstre totalement étranger aux normaux, car la folie n'est qu'une continuation de la normalité, et la pathologie devient inhérente à chaque être humain. Il redevient un sujet, accessible à un traitement psychothérapeutique.

FREUD s'était concentré sur la névrose. Ses nombreux successeurs développeront la psychanalyse des enfants, celle des psychoses, et son application à l'institution.

Jacques LACAN, brillant théoricien et clinicien, s'opposera au courant psychanalytique dominant, relayé par l'Ego-psychologie américaine, trop centré sur la normalisation et l'adaptation du Moi à la société, au détriment de l'Inconscient, expression du désir de chacun. LACAN théoriserait le fait que l'Inconscient est structuré comme un langage. Son école verra naître et influencera nombre d'analystes.

Au sein des institutions psychiatriques françaises apparaissent ainsi des initiatives originales.

Créée en 1953, **la clinique de La Borde**, à Cour-Cheverny, sous la direction de Jean OURY devient le principal foyer de la psychothérapie institutionnelle d'orientation psychanalytique. L'organisation sociale y est communautaire et tout y est groupe ou club thérapeutique, sans cesse mouvant, où les patients sont invités à s'exprimer, participer. Diverses réunions régulières des soignants entretiennent ce climat d'élaboration et de recherche clinique sur les patients et l'institution, tant théorique que pratique.

En 1954, des psychanalystes ouvrent les premiers Dispensaires d'Hygiène Mentale, ancêtres de nos CMP, dans le **13^{ème} arrondissement** de Paris, structures pilotes du futur secteur de psychiatrie, entériné par la circulaire ministérielle de 1960. Serge LEBOVICI préside ainsi le premier secteur de pédopsychiatrie et Jacques PAUMELLE le premier secteur de psychiatrie adulte.

A **Bonneuil**, en région parisienne, Maud MANONNI crée en 1969 une institution antipsychiatrique et psychanalytique pour enfants psychotiques, l'Ecole Expérimentale, institution éclatée où les psychothérapies et les stages à l'extérieur permettent d'alterner l'absence et la présence dans l'institution. Elle travaillera à humaniser les enfants handicapés mentaux, montrant que la débilité n'est pas toujours inéluctable ni organique, qu'elle peut être d'origine psychique et relationnelle et que la psychothérapie peut la réduire, voire y remédier. L'enfant, « porte-parole du malaise de la famille », doit faire l'objet d'une écoute analytique de ses symptômes.

Françoise DOLTO, pionnière de la psychanalyse d'enfants, dans le sillage de Mélanie KLEIN et Donald WINNICOT, inaugure la première **maison verte**, dans le 15^{ème} arrondissement de Paris, en 1979. Des adultes, dont des psychanalystes, y accueillent des enfants avec leurs parents, quelques heures avant la crèche ou l'école maternelle. On n'y traite

pas, mais on y écoute l'enfant, les parents, dans un lieu de rencontre et de loisirs, qui devient un espace de prévention.

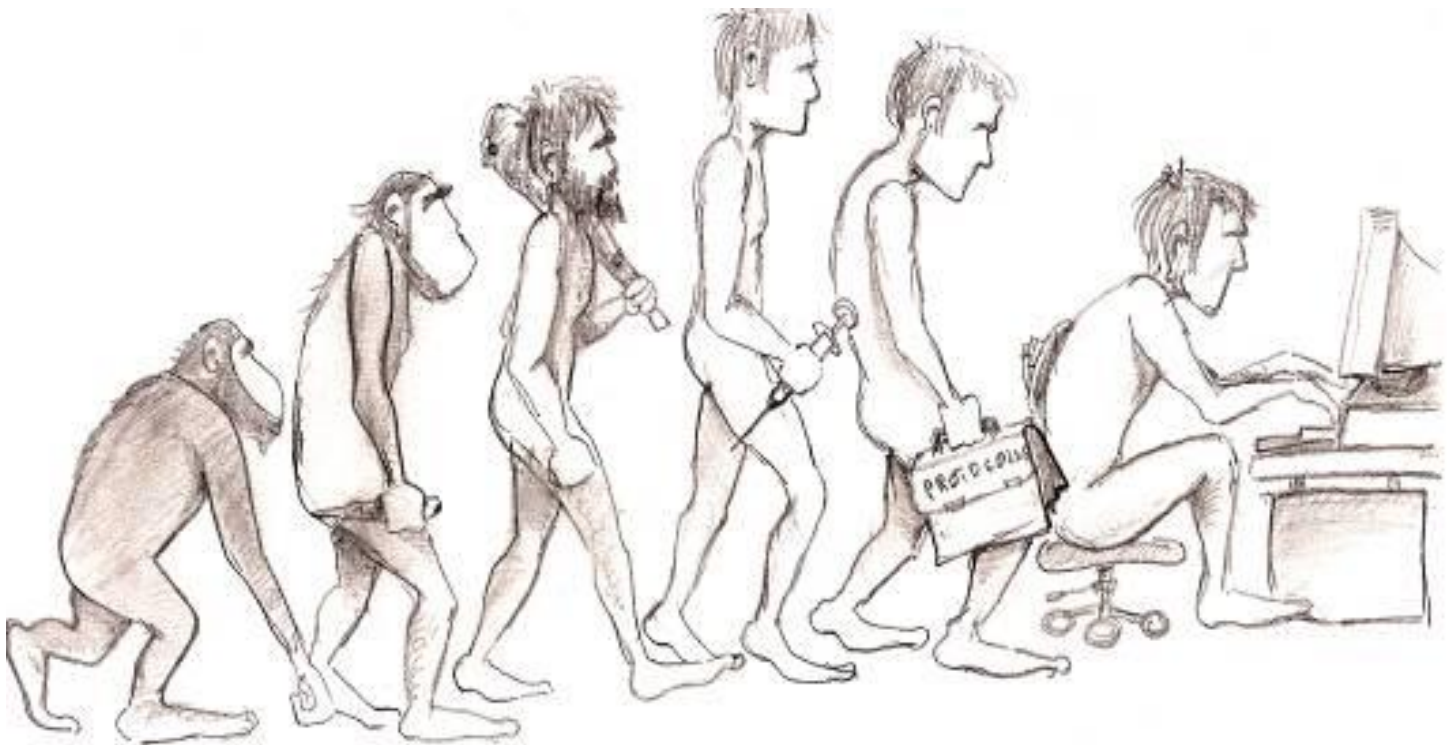
Avec Françoise DOLTO, clinicienne très fine et excellente vulgarisatrice, les nourrissons cessent d'être inaccessibles à la parole. Le bébé devient une personne.

Rescapé des camps, auteur de la « Psychanalyse des Contes de Fées », Bruno BETTELHEIM prend en 1944 la direction de l'**école orthogénique de Chicago**. Ayant vu des gens sains d'esprit devenir fous sous l'effet de l'enfermement concentrationnaire, il a tenté de ramener à la raison des enfants gravement perturbés, souvent autistes, en créant un environnement totalement à l'écoute de leur plainte et de leurs symptômes. Nos hôpitaux de jour s'inspireront de son expérience.

Soucieux de soigner à la fois les malades, les soignants, le groupe qu'ils forment, l'institution dans laquelle ils vivent et les familles, Paul-Claude RACAMIER veut lutter contre la compulsion de répétition qui tend à une routine où tout se fige. Il crée en 1967 près de Besançon à **La Velotte**, une maison de cure. Ses principes en sont : peu de malades (12 au maximum), autant de soignants que de patients, un lieu pour les activités de jour et les soins, bien distinct d'un lieu de vie quasi familial meublé et décoré avec goût ainsi que des liens étroits avec les familles.

Aujourd'hui encore, de nombreuses autres initiatives émanent du mouvement psychanalytique français, au-delà de ses divisions. Les psychanalystes français, plus de 2.000 en 1985 d'après E. ROUDINESCO, demeurent très créatifs, tout comme leurs multiples regroupements, dans tous les domaines de la clinique contemporaine : psychiatrie, psychosomatique, justice, social, handicap, toxicomanies, ... Nous ne faisons ici qu'aborder quelques-unes de leurs contributions les plus marquantes.

6. EVOLUTION DES METIERS EN PSYCHIATRIE



Au Moyen-âge, les fous sont hébergés dans les caves des châteaux et des monastères sous l'autorité des **religieux** et des **forces de l'ordre**.

A la révolution, en 1793, PINEL libère de leurs chaînes les insensés de Bicêtre sur les conseils de J.-B. PUSSIN, un ancien malade devenu **gardien** qui préfigure l'infirmier en psychiatrie dont l'aspect essentiel du savoir-faire est l'utilisation positive de la parole comme médiateur.

A la mort de PUSSIN, le Conseil Général des Hospices donne au gendre de PINEL, ESQUIROL, un poste de surveillant. Sous Napoléon III, la loi de 1838 attribue au médecin l'organisation de la vie quotidienne des patients, du personnel et des soins. Le travail d'infirmier se résume à du gardiennage et exclut toute dimension de soin.

Les deux premières écoles d'**infirmiers** de l'Assistante Publique de Paris sont créées par le Docteur D.M. BOURNEVILLE en 1878. En 1902, une circulaire apporte une première définition de l'infirmier et débouche en 1922 sur la création d'un « Brevet de Capacité Professionnelle » qui sanctionne une formation strictement axée sur les soins somatiques.

En 1946, le **Diplôme d'Etat** est obligatoire pour exercer la profession infirmière, mais les infirmiers psychiatriques ne peuvent exercer que dans les hôpitaux psychiatriques de leur région. L'impératif d'hygiène et l'incapacité de certains patients à assumer leurs besoins élémentaires entraînent la création de la profession d'**aide-soignant** en 1949.

En 1955, l'arrêté du 23 juillet régleme le premier diplôme d'**infirmier de secteur psychiatrique**. Cependant, si les infirmiers D.E. peuvent travailler indifféremment dans les domaines somatique et psychiatrique, l'exercice professionnel de l'infirmier psychiatrique se limite aux seuls C.H.S.

L'apport des neuroleptiques en 1952 (LABORIT invente le Largactil) facilite l'échange et la rencontre avec le patient devenu accessible aux techniques relationnelles et psychothérapeutiques. En 1977, le terme d'« hôpital psychiatrique » remplace officiellement l'ancienne appellation d'« asile ». Du fait des premières applications de la psychothérapie institutionnelle, l'infirmier psychiatrique acquiert un rôle et une reconnaissance de fait au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Un décret de 1992 consacre le **Diplôme Unique** en application des directives européennes ; dès lors, les infirmiers de secteur psychiatrique sont en cours d'extinction. Aujourd'hui, les infirmiers D.E. sont majoritaires dans les C.H.S.

Dans les années 2002-2003, le gouvernement mesure la gravité de la situation concernant le manque de compétence en psychiatrie des infirmiers diplômés d'état. Un projet est à l'étude pour ajouter deux ans de formation spécialisée aux infirmiers en soins généraux qui choisissent d'exercer dans la santé mentale ; il n'aboutira pas.

Les « Etats Généraux de la Psychiatrie » réunis à Montpellier en juin 2003, alertent les pouvoirs publics et l'opinion sur la difficulté croissante d'exercer le soin. En juillet 2003, paraît une circulaire gouvernementale à « application immédiate » concernant le « renforcement de la formation des infirmiers destinés à exercer dans le secteur psychiatrique ». Par ce texte, le gouvernement reconnaît officiellement l'insuffisance de la formation unique en préconisant l'adaptation des infirmiers à la psychiatrie par un dispositif de « compagnonnage » et de « **tutorat** ». En 2023, c'est donc à la formation continue (et non plus initiale) qu'échoit l'adaptation des infirmiers DE à l'exercice de la psychiatrie, via diverses formations brèves (maîtrise de l'agressivité, sensibilisation à la psychiatrie, ...) mais toujours insuffisantes.

Dès 2018, l'Etat instaure les **IPA, Infirmiers en Pratique Avancée**, dotés d'un véritable master, profession intermédiaire entre les infirmiers et les médecins, dans l'espoir de

pallier au déficit démographique de ces professions. Leur nombre reste largement insuffisant pour répondre aux besoins.

Dans le même temps, le métier de **cadre** évolue nettement à partir de 1995. Il est maintenant formé au sein des I.F.C.S. aux techniques de management, de l'administration, de la formation et de la gestion, s'éloignant du soin de terrain et se rapprochant de l'administration.

La réforme hospitalière de 1970 met fin au statut des **médecins-directeurs** ; désormais, la direction hospitalière passe aux mains des administratifs. 1995 met un terme à l'internat spécialisé de psychiatrie. Non seulement la formation des psychiatres se déqualifie, mais elle tend à favoriser le somatique au détriment du psychique. De surcroît, les quotas appliqués à leurs études créent une grave pénurie démographique dans les unités de soins.

Parallèlement, les **psychologues** apparaissent assez récemment dans l'histoire de la psychiatrie. De la licence de Psychologie à la Sorbonne en 1947 aux DESS et master d'aujourd'hui, la qualification de la profession s'est largement développée. Initialement peu nombreux, les psychologues hospitaliers ont d'abord été des psychotechniciens éclairant le diagnostic médical. Il faudra attendre 1992 pour obtenir un statut légal et autonome qui consacre sa « fonction clinique auprès des personnes et des groupes », accessible directement au public et surtout son « approche globale de la personne accueillie ». Aujourd'hui, la pénurie médicale oriente leur activité vers la délégation des activités des médecins conjointement avec les cadres infirmiers en les éloignant de leurs rôles originaux de tiers. Enfin, la formation universitaire de psychologue se rapproche dangereusement de la médecine, de la neuropsychologie et de la psychologie cognitive au détriment de l'approche clinique et psychodynamique, et d'une perspective intégrative et respectueuse du sujet humain.

Au fur et à mesure des années, de **nouvelles professions**, plus spécialisées, ont fait leur entrée dans les services (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, éducateur, assistant social, instituteur, ...) pour élargir l'offre de soins.

Depuis 2020, les ARS soutiennent la mise en place de **pairs-aidants**. Il s'agit d'anciens patients stabilisés, salariés ou bénévoles, qui pourraient bénéficier d'une formation spécifique et qui, forts de leur expérience personnelle, aideraient les patients à « se réhabiliter ». Ces personnels sont bien sûr beaucoup moins coûteux que les professionnels de santé, et leur positionnement dans l'organisation des soins en psychiatrie reste problématique.

Aujourd'hui, la psychiatrie issue d'une démarche « déségrégative », réellement « inclusive » et authentiquement soignante, est en train de disparaître avec les orientations des gouvernements successifs :

- Disparition de l'internat en psychiatrie pour les médecins
- Disparition de la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie

Ces éléments conjugués à une politique de « maîtrise comptable des dépenses de santé » ont abouti à la baisse des moyens, notamment en personnel qualifié, ce qui conduit à une grande « braderie » du soin en santé mentale.

7. ENFANCE DELINQUANTE & SOINS SOUS CONTRAINTE



UNE DERIVE CONSTANTE ET INQUIETANTE DES DROITS DE L'ENFANCE

L'histoire des réponses judiciaires à la délinquance des mineurs s'est longtemps cantonnée dans un débat sommaire sur le discernement. La principale question posée a longtemps été de savoir si l'enfant pouvait avoir conscience de commettre quelque chose de mal, d'interdit, qui soit punissable. Concernant l'enfance en danger, la fonction éducative est longtemps restée dans notre société (1) l'apanage exclusif de la « puissance paternelle » et d'institutions dites « charitables ».

Culturellement, sociologiquement, notre société n'a pas fait de différence entre l'enfance en danger et l'enfance délinquante, le mineur ne bénéficiant d'aucun droit ni d'aucune protection spécifique.

C'est l'ordonnance de 1945 qui est l'acte fondateur de la justice des mineurs. La priorité à l'éducatif est clairement posée. La prise en charge psychologique et psychiatrique ne date que des années 1970 ! La protection de l'enfance en danger s'organise autour de la notion de **milieu ouvert**, qui tient compte de la personnalité de l'enfant, de son milieu familial et social.

Les travailleurs sociaux font l'expérience qu'il n'y a pas de frontière entre l'enfant en danger et l'enfant délinquant.

A partir des années 80, les réformes de l'ordonnance de 45 sont de plus en plus marquées par une double volonté de coercition et d'accélération des procédures : les français ont peur de leurs enfants. La défense sécuritaire de l'ordre public, sous prétexte de prise en compte des victimes et des familles, voire d'une « nouvelle délinquance » en progression, n'a de cesse de réduire la place de l'éducatif ou des soins. Parallèlement, les moyens dédiés à la justice, à la psychiatrie, à l'éducation sont en régression. Pourtant, des défis nouveaux sont posés à la justice et à la protection des mineurs.

Au début des années 90, se développe un discours politique, entretenu dans l'opinion, qui veut durcir la répression pour se préserver des « enfants dangereux » par un contrôle social accru de couches de la population (les parents irresponsables ...) et les lois dites de « prévention de la délinquance » (2) visent à repérer les jeunes potentiellement déviants ou dangereux pour remettre en place des solutions d'exclusion et d'enfermement : hôpitaux prisons, centre éducatifs fermés, établissements pénitentiaires pour mineurs... Ces lois désignent les plus fragiles et les plus pauvres comme étant la source des insécurités, en refusant de reconnaître qu'il existe d'autres raisons à cette insécurité sociale : paupérisation de la société, absence de projet de société, insuffisance de moyens d'éducation et de soins adaptés. Il faudrait désormais punir sans chercher à comprendre les causes sociales et psychologiques des difficultés des enfants et adolescents.

En 2002, l'INSERM (3) commet un document de commande politique, pseudo-scientifique, préconisant « *de repérer les facteurs de risques prénataux et périnataux, génétiques, environnementaux et liés au tempérament et à la personnalité...* », c'est à dire de dépister les troubles de conduite dès 3 ans prédisposant à la délinquance ! Les travailleurs sociaux, dès 2003, dénoncent la **mise en cause du secret professionnel (4)**. En 2006, se constitue le collectif « Pas de zéro de conduite » (5) appuyé par 50 organisations, représentant les professionnels de l'enfance (pédopsychiatres, psychanalystes, psychologues, éducateurs, magistrats, puéricultrices etc...), qui démonte ce retour à une vision génétique et comportementale ne prenant pas en compte les sciences humaines et menaçant les idéaux républicains. Obtenant en peu de temps plus de 250.000 signatures à sa pétition, le collectif obtient le retrait de « l'opération dépistage ».

Mais le combat continue. Car ces approches autoritaires de l'intervention sociale ou des soins trouvent un écho inquiétant auprès de politiciens de tous bords et d'une partie de la population et connaissent déjà des applications concrètes (6). L'adoption récente de la loi préconisant le fichage ADN de l'immigration en est certainement aujourd'hui la forme la plus dangereuse : elle fait entrer la génétique dans l'ère d'une utilisation dévolue au contrôle étatique. ...ciblant les pauvres et les « déviants ».

- (1) jusqu'en 1958, avec la loi sur la protection de l'enfance !
- (2) lois Perben I et Perben II ; rapport BENISTI
- (3) Institut national de recherche sur la santé et de la recherche médicale
- (4) www.abri.org/antidelation - collectif national de résistance à la délation
- (5) www.pasde0deconduite . Le collectif a publié un livre.
- (6) Savez-vous que tous les mineurs « délinquants » peuvent actuellement subir des prélèvements ADN ?

DE L'ENFERMEMENT AUX SOINS SOUS CONTRAINTE

Préhistoire : aucune trace du statut de malade mental.

C'est seulement au 24^{ème} siècle av JC, en Egypte qu'on trouve « le temple du sommeil », premier lieu de soin fondé par IMOTHEP mais il n'est pas question d'enfermement.

La Grèce à l'époque d'HIPPOCRATE de COS (460 377 av JC) nous donne de nombreux éléments sur la conception de la maladie mentale : isolement et enfermement, au service du patient dans un lieu de tranquillité. A cette époque, la contention physique était préconisée tout en évitant qu'ils ne se blessent avec leurs liens. On ne retrouve pas non plus de notion d'enfermement dans la littérature hébraïque.

Sous l'empire Byzantin (527 – 565), l'empereur Justinien crée des hospices réservés aux malades mentaux qui jusque-là erraient.

Sous Charlemagne, on retrouve des condamnations pour mendicité et errances des valides. Plusieurs papes décrètent l'interdiction des mendiants.

Après 1037, durant plusieurs siècles, les textes ne prévoient aucune réclusion mais parlent de contention.

Jusqu'au Moyen Age, les personnes qui présentent des troubles mentaux sont tolérées par leur famille et leur environnement.

Au 14^{ème} et 15^{ème} siècle, en Flandre et en Allemagne, on trouve des traces d'expulsion des « fous » qui n'appartiennent pas aux bourgs.

A la fin du 15^{ème} siècle, on retrouve à Nuremberg une demande d'incarcération du fils d'une famille et ceci à ses frais au motif de « frénétique ». Le « fou » est donc à la charge de sa famille.

Les errants sont recueillis dans des « tours aux fous » comme à Lille, Avignon, Saint Omer, etc.

Le 1^{er} hôpital psychiatrique d'Europe voit le jour en 1409 à Valencia « La casa de Orantes » fondée par le père Joffre pour protéger les insensés.

Deux notions essentielles apparaissent : **la maladie mentale tranquille**, bien tolérée par la société et **la maladie mentale furieuse**, agitée moins tolérée et qui a conduit à la création de structures. Il fallait donc **protéger le malade mais aussi la société**.

La question du niveau de tolérance de la société à l'égard du malade était posée dès 1656 et avant 1838. La philosophie de l'enfermement se développe (cf. Le grand renfermement de M. FOUCAULT). Elle désigne progressivement une nouvelle réaction à la misère ; l'hôpital sert à parquer les vagabonds et les chômeurs en réponse à une importante crise économique qui affecte l'Europe du 17^{ème} siècle.

Se dessinent donc la pauvreté soumise et conforme à l'ordre et de l'autre côté la pauvreté insoumise qui cherche à échapper à l'ordre. L'Eglise préconise l'enfermement des misérables.

Au 18^{ème} siècle, Louis XIV instaure les « lettres de cachet » et les « maisons de force » tenues par des religieux. On y enfermera notamment les insensés.

Les dépôts de mendicité sont créés par Louis XV; le grand enfermement est en marche.

Il faut attendre le XVIIIème pour que Louis XVI avec Turgot, son contrôleur général émettent l'idée que les insensés pouvaient avoir des **droits**.

Necker succède à Turgot, il instaure une inspection permanente et générale des hôpitaux et maisons de force.

En 1785, une circulaire initiée par Doublet et Colombier voit le jour (instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur **guérison**). Ce texte est un socle pour la psychiatrie française mais insuffisant pour PINEL et ESQUIROL qui envisagent deux types de soins (les uns destinés aux traitements, les autres à la contention).

Au début du 19^{ème} siècle, ceux-ci fondent le principe de l'**asile**. Les aliénés, terme qui remplace les insensés, doivent être secourus d'urgence. Le comité de mendicité instaure la prise en charge par l'Etat de ces aliénés.

L'article 64 du Code Napoléon reconnaît l'**irresponsabilité** pénale des malades mentaux en état de démence.

Les principes fondateurs de la Loi de 1838 sont « qu'un fou doit être considéré sous trois aspects : **comme malade, comme coupable de nuire et comme interdit** ».

La loi de 1838 signée par le roi Louis Philippe ordonnait la mise en place d'un établissement pour aliénés au niveau de chaque département, et définissait les modes de placement : le Placement d'Office (PO) pour sauvegarder l'ordre public et la sûreté des personnes, le Placement Volontaire (PV) sur demande de l'entourage, traitant le patient dangereux pour lui-même et refusant tous soins. Enfin, un troisième volet stipulait les dispositions pénales et médico-légales.

Cette loi de 1838 décriée pour ses responsabilités dans les séquestrations arbitraires et abusives, fut remplacée 152 ans plus tard par la loi du 27 juin 1990 qui n'est qu'une reconstruction de la loi de 1838.

Nous pouvons signaler, pour notre gouverne, qu'il existe d'autres sortes d'isolement sous contrainte :

- Article 17 du code de la Santé Publique : le préfet peut contraindre à l'isolement en cas de maladies infectieuses graves (variole, peste, choléra)
- Loi du 15 avril 1954 : concernant les alcooliques dangereux pour autrui
- Loi du 31 décembre 1970 concernant la toxicomanie

Le 27 juin 1990, il y a 18 ans, le politique légifère à nouveau sur le thème de la privation de liberté de l'individu. Cette loi précise les modes d'hospitalisation en psychiatrie :

- Hospitalisation libre (HL) avec consentement de l'individu
- Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) nécessitant une lettre manuscrite d'un tiers et deux certificats médicaux, voire un seul en cas de péril imminent
- Hospitalisation d'Office (HO) qui correspond à l'ancien Placement d'Office de 1838

La loi de 2011 modifie ces appellations : Soins Libres, Soins sous contrainte à la Demande du Directeur d'Etablissement, Soins sous contrainte à la Demande du Représentant de l'Etat. Elle permet aussi d'imposer des programmes de soins en ambulatoire.

Le législateur crée la Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie (CDHP).

Où en sommes-nous au juste du principe des libertés individuelles ? Le rapport Piel et Roelandt (2001) est accablant : il montre une augmentation de 57% des hospitalisations sous contrainte entre 1988 et 1998.

L'existence des UMD (dont le nombre a augmenté de 4 à 10 en 20 ans), la création d'hôpitaux de force (loi Sarkozy), la généralisation des vigiles, caméras et barrières dans les hôpitaux, l'utilisation croissante des chambres d'isolement et la contention physique vont à l'encontre du principe fondamental de la loi de 1990 : la défense et la protection des patients hospitalisés au regard des libertés individuelles et de la dignité. La CGLPL, Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté, ne cesse d'alerter sur ces thématiques.

Après de nombreuses péripéties juridiques, le décret de 2022 entend limiter isolement et contention, nécessitant désormais certificats médicaux (respectivement toutes les 12 et 6 heures) et contrôles du juge. Mais sans moyens pour soigner, les résultats consistent surtout en un alourdissement bureaucratique du travail des soignants, et en particulier des psychiatres, au détriment du soin.

Il semblerait que, tout en prétextant vouloir préserver la liberté individuelle (cf. loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades), nous nous dirigeons à nouveau vers l'enfermement « sécuritaire » des populations précaires, au prétexte de la médiatisation des rares dérives meurtrières de patients. Rappelons que les patients en psychiatrie sont plus souvent victimes et moins souvent auteurs d'actes meurtriers que la population générale.

La judiciarisation de la psychiatrie, l'obligation de se soigner, la désignation / délation du fou, du pauvre, du différent, comme élément de rejet dans une société de plus en plus individualiste voudraient faire de notre métier, de nos hôpitaux, les régulateurs, des étouffoirs des symptômes d'une société malade.

A force de ne pas traiter son écosystème et de désigner l'individu comme seul porteur et responsable des problèmes économiques et sociaux, l'homme se désolidarise des siens, se déshumanise et devient le premier prédateur de son espèce.



8. AUJOURD'HUI, LE MEILLEUR DES MONDES

Régression néo-libérale,
Hypertrophie bureaucratique,
Clinique en voie de disparition



AUJOURD'HUI, QUEL AVENIR POUR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE ?

Les patients à la rue ou en prison

Les soignés et les soignants souffrent toujours du manque de considérations, voire du désintérêt que portent les politiques à la psychiatrie. La « Sécu » est en crise, on ne lui donne plus les moyens d'accompagner l'ensemble des personnes nécessitant des soins psychiatriques, ces derniers étant coûteux car souvent longs. On ferme alors des lits. Les patients se retrouvent soit à la rue, soit en prison. Xavier EMMANUELLI, le fondateur du Samu Social, estime la prévalence de psychotiques et personnes souffrant de graves troubles psychiatriques à 30% de la population des SDF. En prison, ce taux avoisinerait les 40%. Patrick PELLOUX, urgentiste à l'hôpital St Antoine, à PARIS déclare : « Il ne faudra pas s'étonner si l'on rencontre de plus en plus de psychotiques ou de psychopathes faire des crises en pleine rue. La prise en charge des personnes en crise représente 25% de notre activité, le plus souvent à la demande de la police. »

Moins de lits, moins de personnel et moins de temps

Fermeture des lits d'hospitalisation (suppression de 125.000 lits en trente ans ; il en reste 57.300 alors qu'il en faudrait environ 25.000 de plus). Parallèlement, ouverture certes de structures extérieures (CMP, CATTP, Hôpitaux de Jour), mais en nombre insuffisant et ouvertes uniquement aux heures ouvrables. Depuis 2010, le financement de la psychiatrie publique a évolué 2 fois moins vite que l'ONDAM hospitalier global et 4 fois moins vite que celui des établissements privés lucratifs.

Pénurie de personnel, il manque 5.000 infirmiers et 1.000 psychiatres hospitaliers (par contre, dans l'administration, il faut savoir que, dans les hôpitaux parisiens, en 40 ans, tandis que le personnel soignant était multiplié par deux, le personnel administratif l'était pas quatre, ...). La crise du COVID n'a fait qu'aggraver ce triste état des lieux ; désormais, des unités de soins ferment, tandis que des structures ambulatoires réduisent le périmètre de leurs activités, non pas par volonté directe des ARS, mais par manque de personnel.

Diminution de la durée moyenne de séjour qui passe d'une moyenne annuelle de 148 jours à 37 jours dans la même durée. La psychiatrie, à l'époque de l'agitation et de l'hyperactivité, n'a plus les moyens de s'attarder sur les malades les plus difficiles, les plus réticents aux soins, et qui sont souvent justement ceux qui en ont le plus besoin. Faute de moyens budgétaires, la psychiatrie deviendrait donc pourvoyeuse de grands exclus : situation pour le moins paradoxale, mais surtout immorale.

Retour à la psychiatrie organiciste

A cette baisse quantitative, il faut ajouter une baisse qualitative. En effet, les diverses réformes des formations et études, tant pour les infirmiers que les psychiatres, ont fait évoluer la prise en charge vers le somatique au détriment de la connaissance clinique et de la capacité à élaborer une réflexion psychiatrique.

Aujourd'hui, on veut aller au plus pressé, c'est à dire donner un rôle central aux médicaments. Si le manque de temps facilite le recours à ces derniers, il faut également déplorer le regard axé sur le cerveau, le système nerveux et la génétique que porte aujourd'hui la psychiatrie « dominante » sur la folie

Comportementalisme et D.S.M. contre psychanalyse

« Il y a encore une vingtaine d'années, la formation des psychiatres intégrait la psychothérapie (avec une forte référence analytique), le médicament et la psychologie sociale. Depuis, les choses ont changé. Les jeunes, formés par les universitaires, le sont sur la base d'une psychiatrie biologique, selon les préceptes nord-américains (standardisation et statistiques, ...). Les universitaires ont le monopole de la formation, ils l'ont érigée contre la psychanalyse, et les liens de certains d'entre eux avec les laboratoires pharmaceutiques ne sont plus à démontrer... » (Éric PIEL, médecin Chef – CHS Esquirol). Pour Serge KANNAS, praticien au CHS Charcot, « les jeunes psychiatres ne savent plus faire un entretien, ils ne savent que prescrire, ce qui ouvre évidemment une avenue aux laboratoires pharmaceutiques. »

Cette situation est le résultat de la soumission de psychiatrie française à la domination quasi sans partage de la psychiatrie américaine dont l'orientation à dominante biologique et cognitivo-comportementaliste a conçu le D.S.M. Là, le sujet singulier, avec son histoire, ses sentiments, son psychisme n'existe plus ; seuls demeurent des profils désincarnés et rentrant

forcément dans une classification préétablie. Le fonctionnement psychique disparaît. Ne demeurent que les symptômes et le traitement du comportement.

Disparition de la subjectivité

Les transmissions informatiques ciblées parviennent à pratiquement nier les troubles psychiques pour les remplacer par les troubles de l'humeur, du comportement et de l'identité. Le patient dans sa globalité est éclaté en symptômes qui le dépersonnalisent et le déshumanisent.

Outre cela, nombre d'universitaires et de bureaucrates défendent la pérennisation d'une conception selon laquelle la psychiatrie devrait devenir une branche de la médecine comme une autre.... Vieux fantasme de la spécialité psychiatrique qui la fait courir après les autres spécialités médicales afin de se faire reconnaître par elles dans le champ scientifique.

La nosographie, telle qu'elle avait été élaborée au fil des années par la psychiatrie classique, visait à un compromis entre différentes approches, ce qui exigeait des futurs psychiatres et des futurs infirmiers d'apprendre à la fois l'histoire de la psychiatrie, la sémiologie et les théories permettant de comprendre les mécanismes psychiques mis en œuvre. Cela permettait donc de prendre conscience de l'importance de la dimension subjective de la rencontre avec le patient. Aujourd'hui qu'importe le patient, pourvu qu'il rentre dans une case que l'on puisse cocher...

La folie re-criminalisée

Un autre facteur intervient dans l'entreprise actuelle de destruction de la psychiatrie publique. En effet, l'objet actuel de notre mission serait la santé mentale, et non plus la psychiatrie. Nous voilà amenés à délaissé le traitement des psychotiques au bénéfice du soulagement de toutes les souffrances psychiques engendrées par une société de plus en plus dure.

Sur l'injonction de politiques qui exploitent des faits divers, certes horribles, les malades mentaux sont à nouveau stigmatisés et assimilés à des criminels potentiels.

La question nous est alors posée : sommes-nous les gardiens de l'ordre social ou voulons-nous demeurer des soignants ? En 1793, Pinel a décidé d'arracher les chaînes qui entravaient les fous. Pour lui, les malades mentaux devaient être soignés ailleurs que dans les

prisons. C'est de cette idée des droits de l'Homme que sont nées la psychiatrie et la prison républicaines. En 2007, le chef de l'Etat a proposé de traduire devant les tribunaux les auteurs de crimes déclarés irresponsables pénalement puis, plus tard, d'incarcérer des coupables potentiels. Avec ces propositions de loi, ce n'est pas l'héritage de Mai 68 qu'on va détruire, c'est celui de la Révolution française.

L'étouffement bureaucratique

Enfin, un autre mal, et non des moindres, dont souffre la psychiatrie publique actuelle est « l'étouffement bureaucratique. » En effet, les bureaucrates œuvrant dans l'administration hospitalière n'ont de cesse que la réglementation, le plus souvent élaborée pour l'hôpital général, soit appliquée stricto sensu à la psychiatrie. Au risque évident de la négation, voire de l'éradication, du soin psychiatrique. Dans nos hôpitaux, il n'est qu'à se référer à des décisions administratives récentes visant le domaine thérapeutique (ce qui est déjà en soi très surprenant...), notamment concernant les sorties et les repas thérapeutiques, la diminution, sans concertation aucune, des budgets alloués aux activités thérapeutiques, voire le rationnement des repas. Ce sont autant de signes d'une méconnaissance totale mais aussi, et c'est sans doute là le plus grave, d'un déni de la réalité et de la finalité du soin psychiatrique, frappé d'alignement sur le soin somatique. L'un de nos directeurs n'affirmait-il pas récemment que « le soin psychiatrique est un mythe. » : insultant, révoltant tant pour les soignants que pour les patients !

Comptabiliser l'humain

Pour réduire les coûts, le gouvernement entend faire entrer le soin dans le cadre d'une comptabilité financière, inaugurée aux U.S.A. et appliquée aux services médicaux. Les D.I.M. (Départements d'Informatisation Médicale) recueillent les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). La T2A (Tarification A l'Activité) établit non pas le coût d'un acte de soin, mais celui d'une pathologie-type. Les soins seront désormais financés par ce biais, corrigé de financements propres pour les MIGACT (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). A ce jour, seule l'addictologie est concernée. Mais le nombre d'« actes » et la file active conditionnent déjà les budgets de nos établissements. Si déjà, un tel découpage financier peut sembler injuste en médecine, que dire pour la psychiatrie ?

Comment comptabiliser les rencontres, les échanges informels, les poignées de mains, les sourires, les coups de téléphone, tous ces petits « riens » qui sont l'essence de notre travail, le soin, l'humain ? Comment comptabiliser l'espace, le temps de la parole, de la pensée, de la réflexion, de l'élaboration psychique ? Ils passeront à la trappe, intensifiant les actes médico-administratifs et déshumanisant encore plus le soin.

Une telle comptabilité participe de l'illusion de l'objectivation : le patient, le soignant, le sujet seraient codifiables, objectivables, chosifiables, interchangeables, à l'encontre de l'esprit même de la clinique. Le sujet est réduit à des symptômes à faire disparaître sans se préoccuper de leurs causes et de leurs origines. Symptômes que les « protocoles de soins » s'emploient à réduire.

Le danger est dans nos murs

Actuellement, le plus grand danger pour la psychiatrie publique est sans doute à l'intérieur de ses murs. Par l'entremise de la bureaucratie relayée par certains paramédicaux et médicaux, le pouvoir politique instille son poison létal dans les veines de la psychiatrie publique. A laisser faire avec fatalisme, ne sommes-nous pas aussi responsables ?

Nos mots d'ordres

***Reconstruire ensemble une psychiatrie
humaine et vivante***



Epilogue UN MONDE MEILLEUR



Après les 4 décennies d'histoire progressiste de la psychiatrie au lendemain de la guerre, nous constatons sa lente dégradation au point de questionner le sens-même de notre travail :
« **mais, que foutons-nous là ?** »

NOUS APPELONS A LA RESISTANCE

En France, la clinique de St Alban, à l'origine de la **psychothérapie institutionnelle**, accueillait et rassemblait patients, soignants, résistants, juifs sans papiers, artistes et progressistes dans une lutte à la fois clinique, idéologique et politique contre le **fascisme** et l'**enfermement**. L'Italie a su rassembler patients, familles, syndicats et politiques autour de la fin de l'hôpital psychiatrique qui excluait les malades de la société. Les anglais se sont efforcés de restituer à la folie toute sa créativité.

Pendant la guerre, le **Conseil National de la Résistance** a bâti un programme ambitieux, dont les objectifs dépassaient de beaucoup le simple retour aux revendications du Front Populaire, et qui fut à l'origine de la Sécurité Sociale, un système national de santé solidaire, publique, pour tous, où « chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».

Les **psychanalystes** ont tous dû fuir le nazisme; FREUD a dû se réfugier à Londres où il termina sa vie. Le fascisme ne pouvait supporter une science qui prétendait émanciper le sujet humain, mais qui se répandit pourtant à travers le monde.

Le **passé progressiste et émancipateur de la psychiatrie** demeure une riche source d'étayage pour penser et préparer la psychiatrie du futur.

Nous pouvons toujours nous appuyer sur son **idéal anti-asilaire**, au sens d'anti-enfermement, d'anti-exclusion, d'anti-repli, idéal que certains détournent pernicieusement en l'assimilant à l'absence d'accueil et de refuge. Nous nous refusons à abandonner les patients et la folie à eux-mêmes. Au contraire, nous cherchons à créer et à maintenir la rencontre.

Il nous faut **ré-humaniser la psychiatrie**, restaurer l'humanisme, « au Nom de l'Homme ».

QUELS AXES DE LUTTES AUJOURD'HUI ?

Parodiant le retour en force du sécuritaire, de l'hygiénisme et de l'hygiénique, Jean OURY nous proposait de pratiquer l'asepsie, mais contre les infections telles le gâtisme, l'agitation et la violence qui se répandent dans les unités d'hospitalisation, maladies que nous définirons comme **psycho-nosocomiales**.

Face au primat de la réduction des coûts, nous pouvons nous appuyer sur un **socle de droits minimaux de la personne humaine**, tel qu'il a déjà été élaboré dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen en 1789, enrichi depuis.

A force d'être bafouées et déniées dans leur quotidien, les aspirations des professionnels à un **travail « soutenable »** et surtout « sensé » se traduisent en maltraitements, en tensions professionnelles, puis en dégradation de la santé au travail. La clinique du travail devient un terrain de luttes privilégié pour l'action syndicale, et pour les F3SCT en particulier, face à l'usure professionnelle et à la détérioration de l'**ambiance de travail**.

Face à la **folie bureaucratique**, comptable, règlementaire et gestionnaire, n'est-il pas licite de demander d'évaluer les évaluations, de quantifier le surcoût réel mesuré en temps de travail professionnel (réunions, ...) et en argent (logiciels informatiques, ...), voire même de boycotter ces écrits insensés et toujours plus nombreux qui ne nous laissent plus le temps de parler et de penser la clinique ?

LA C.G.T. N'EST PAS EN PANNE DE PROPOSITIONS

Dès avril 2005, la Fédération Santé de la CGT proposait diverses mesures audacieuses dans un livret étoffé et richement documenté intitulé « Pour un nouvel élan de la psychiatrie française, vers une politique de santé mentale. Analyses et propositions », complété par les propositions mises en débat au congrès de juin 2008. En 2023, la CGT établissait son [cahier-revendicatif-de-la-commission-nationale-de-psychiatrie-de-la-cgt/](#)

LA CGT EXIGE UN **GRAND SERVICE PUBLIC DE PSYCHIATRIE** AVEC :

- ✓ la réouverture de lits et la création de lits et places partout où cela est nécessaire
- ✓ la nationalisation des établissements de psychiatrie relevant du privé lucratif au profit d'une grande Sécurité Sociale où chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins
- ✓ une véritable démocratie hospitalière définie par les acteurs de terrain et par les instances représentatives du personnel qui doivent retrouver un pouvoir décisionnel

NOUS DEMANDONS UN **PLAN D'ACTION NATIONAL POUR LA PSYCHIATRIE**

Nous exigeons que soit démocratiquement débattue une loi d'orientation sur la psychiatrie avec les moyens nécessaires pour la faire appliquer.

LA CGT REVENDIQUE :

- ✓ des structures de soins psychiatriques de **proximité**
- ✓ une **formation initiale** préparant correctement à l'exercice de la psychiatrie pour les infirmiers, psychiatres, psychologues, ...
- ✓ la **stabilité des équipes pluridisciplinaires** au lieu de professionnels contractuels ou libéraux à la merci de financements précaires
- ✓ la nécessité d'**espaces de pensée**, pour pouvoir élaborer de véritables projets de soins individualisés pour chaque patient : temps de parole, réunions cliniques, synthèses, réflexion clinique, analyse de pratique, supervision...
- ✓ le respect de la **pluralité des approches cliniques** dans une réelle approche intégrative
- ✓ l'arrêt de l'**externalisation des fonctions support** et la reconnaissance du rôle primordial des personnels techniques et administratifs
- ✓ Un **budget global** par établissement, selon la démographie locale de la population, indépendant des actes et de la file active. Ce financement doit être pérenne, à la hauteur des besoins réels et, ne doit pas servir de variable d'ajustement aux autres budgets de la santé
- ✓ L'abrogation du décret 2021-1255 du 29 septembre relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie
- ✓ L'arrêt de la **politique d'appels à projets** et de missions qui met en concurrence les établissements et les services, qui morcelle et précarise les soins
- ✓ La **compensation du sous-financement historique** de la psychiatrie publique, une remise à niveau à hauteur de 12% qui doit permettre la réouverture de lits et la création de postes, partout où cela est nécessaire

juin 2023

CGT CHS Sevrey
<http://chsevrey.reference-syndicale.fr>