

Faut-il raser les hôpitaux psychiatriques ?

II. — Encombrés dans une France suréquipée

par CLAIRE BRISSET

Au cours d'une enquête qui nous a permis de visiter quelques-uns des meilleurs ou des plus vétustes hôpitaux psychiatriques de France, nous avons pu constater les limites pratiques de l'intransigeance jacobine (« le Monde » du 2 septembre). Les textes sont les mêmes, qui régissent les hôpitaux d'Evreux, de La Roche-sur-Yon et de La Cellette (Corrèze), comme tous les autres, malgré les différences dans le mode d'accueil des malades.

On a oublié, on préfère oublier, que soixante mille malades mentaux sont morts en France, pendant la seconde guerre mondiale, dans les hôpitaux psychiatriques. Morts de faim. C'est un psychiatre lyonnais, Balvet, qui, en juin 1942, eut le courage de lancer ce cri : « Nos malades sont en train de mourir ! »

La seconde guerre mondiale, en tout cas, aura marqué un tournant décisif dans l'histoire de la psychiatrie publique en France. Depuis cent ans — depuis la loi de 1838, très précisément — la médecine asilaire s'était organisée sur le mode jacobin : il faut construire dans chaque département, édictait la loi « un établissement consacré au service des aliénés », placé, sécurisé, obligé, sous l'autorité du ministre... de l'intérieur. Le corps des médecins aliénistes, au demeurant fort peu nombreux — chacun d'entre eux pouvait avoir en charge jusqu'à mille malades ! — s'organise.

La France se couvre alors d'asiles. Dans les campagnes, généralement, ou dans les zones montagneuses, en tout cas loin des villes et derrière de hauts murs. Ainsi, un seul d'entre eux sera-t-il construit dans Paris : Sainte-Anne, ce qui contraindra très vite, sous l'impulsion d'Hausmann, à édifier une « ceinture asilaire » autour de la capitale.

Ville-Evrard, Perray-Vaucluse, Villejuif, seront édifiés avant la fin du siècle, Maison-Blanche en 1900. Très vite, pourtant, ces immenses constructions seront insuffisantes, et il faudra déporter les malades parisiens vers la province, pratique qui durera jusqu'aux années 50. L'essentiel de l'appareil asilaire est parachevé au moment où, en 1938, les « aliénistes » sont rebaptisés médecin, les gardiens « infirmiers » et les asiles « hôpitaux psychiatriques ».

Pourtant, dès le Front populaire était né, chez certains psychiatres, un mouvement de contestation. Au moment où s'élabore une médecine sociale essentiellement préoccupée des ravages de la tuberculose, et tournée vers la protection de l'enfance, se forge une notion d'« hygiène mentale », la mère lointaine de l'actuelle politique de secteur. Des textes des années 1935-1937 confient à des « offices publics d'hygiène sociale », dans le même mouvement, la « lutte contre les maladies contagieuses, la protection maternelle et infantile, l'assistance aux enfants anormaux et l'hygiène mentale (1) ».

La guerre viendra rendre fantomatique la réalisation de ce programme. L'idée n'en était pas moins née, qui resurgira à la libération, plus vivace que jamais. Mais à la veille de la guerre, l'encombrement des asiles atteint des sommets. Cent vingt mille malades y sont entassés, dans des conditions inimaginables de surpeuplement. La guerre, le rationnement feront mourir la moitié de cette population. Mais très vite, dès les années 1945-1947, le flux reprend, et le chiffre de cent vingt mille est de nouveau atteint.

Pour ceux qui ont connu les camps et la déportation, l'analogie s'impose, et le courant désaliéniste prend, chez les psychiatres, de plus en plus d'ampleur. « Qui n'a connu ces salles de jour exigües en enjumeées, abso-

lument nues où, sous le haut-parleur vide et braillard, se tiennent entassés, épaule contre épaule, le long des bancs scellés aux murs, à peu près inactifs durant de longues heures, quelque quatre-vingts ou cent hommes ; qui ne s'est laissé imprégner de leur atmosphère inexplicable, à la fois étrange et banale, morne et secouée de brusques colères, ignore une certaine profondeur de l'abandon et du désespoir (...). Et nous ne parlons pas des quartiers d'agités, des « fosses aux serpents » où règnent le bruit et la fureur, l'indécence et la contention (2). »

Le jour, on empile les matelas contre le mur. La nuit, on les étend sur le sol, sur les tables, sous les tables ; des malades dorment dans les baignoires destinées à calmer les agités. « De même, sont abolies certaines séparations qu'imposent la logique et l'humanité les plus élémentaires : tuberculeux et moribonds ; vieillards affaiblis mais paisibles, transformés en déments séniles par la misère et la carence des hospices, refoulés en nombre toujours croissant vers les hôpitaux psychiatriques ; dé-

biles suggestibles brimés et sodomisés par les « médico-légaux » lucides et pervers, eux aussi dirigés vers l'asile parce que notre société est incapable de proposer pour eux une seule perspective rééducative... A peu près comme si, dans un hôpital ordinaire, on mélangeait les contagieux et les opérés... (2) »

Cette description est-elle entièrement périmée ? La découverte, dans les années 50, de puissantes médications du système nerveux, l'avènement, en 1960, de la « politique de secteur », selon laquelle le malade doit être le moins possible hospitalisé et dont l'application est si incomplète, ont-elles rendus caducs la surpopulation asilaire, l'amalgame des pathologies, l'abandon thérapeutique ?

Dans un certain nombre d'institutions, assurément. En premier lieu, les psychiatres ont trouvé, sous la forme des neuroleptiques et des tranquillisants, les premiers traitements qui ne soient pas de simples adjuvants, comme l'avaient été successivement la malaria-thérapie, puis l'insulino-thérapie (3) et les électro-chocs. Surtout, les pouvoirs publics ont entrepris des constructions nouvelles, et des rénovations.

Des constructions abusives

Mais sur cette lancée, les pesanteurs administratives aidant on a, précisément, trop construit, en dépit des intentions, officiellement affichées, de soigner le malade « hors les murs ». Aussi, paradoxalement, coexistent, à présent, des hôpitaux surencombrés et vétustes et des établissements modernes, parfois fortement sous-occupés. Souvent, les travaux entrepris dans les plus anciens provoquent un encombrement effarant de pavillons non encore rénovés. Tel est le cas par exemple à Sainte-Anne, où d'importants travaux sont en cours, mais où subsistent des pavillons qui n'ont guère changé depuis des décennies : d'immenses dortoirs sous les combles, des « auge » percées de quelques trous en guise d'équipements sanitaires, des plafonds dont l'effondrement est si imminent qu'il faut les étayer, d'immenses réfectoires où les malades passent leurs journées dans le bruit. Bien entendu, dans de telles conditions, la mixité pourtant prévue par les textes est irréalisable. Pourtant, Sainte-Anne, c'est aussi, dans d'autres bâtiments, la psychiatrie de pointe, la neuro-chirurgie, le scanner, le modernisme tout proche...

Sainte-Anne représente un condensé de l'état de la psychiatrie publique française. A une nuance près : la proximité de la ville aidant, point n'est besoin de chercher désespérément à y « remplir » les lits, pour maintenir en équilibre un système financier entièrement fondé sur le prix de journée. A Sainte-Anne, on ne craint pas le vide.

Tel est le paradoxe où sont tombés dans leur ensemble, les hôpitaux psychiatriques publics : encombrement et suréquipement, tout à la fois, « un suréquipement qui, lisait-on déjà dans le rapport de la Cour des comptes de 1977, ne sera pas clairement perçu ni admis tant qu'une partie des installations demeurera inutilisée faute de personnel ».

C'est en fonction d'une norme parfaitement théorique élaborée dans les années 50 par l'Organisation mondiale de la santé pour les pays développés (il faut, disait-on à Genève, trois lits de psychiatrie pour mille personnes) que ces constructions ont été entreprises. Le résultat est clair : trente-trois mille lits de plus entre 1960 et 1972, soit environ un tiers du parc, construit en dix ans. Ces constructions ont, dans un certain nombre de cas, été menées à bien contre l'avis du ministère. Aussi trouve-t-on dans le même rapport de la

Cour des comptes cette formule sans ambiguïté : « Dans de nombreux départements, la situation actuelle ne satisfait ni aux impératifs de la doctrine conçue par le ministère de la santé ni au souci d'une bonne gestion des deniers publics. »

Le suréquipement pourtant n'a trait qu'aux murs : on a investi dans la construction, certes, et pourtant il reste quelque soixante mille lits en salles communes dans les hôpitaux psychiatriques. Mais on a laissé se développer dans les mêmes institutions un sous-encadrement, médical et infirmier, qui rend parfois tout travail thérapeutique illusoire. « Le « secteur » tel que l'ont défini les pouvoirs publics, dit le docteur René Angelergues, directeur du Centre psychothérapique du treizième arrondissement à Paris, comporte 70 000 habitants, c'est-à-dire huit cents à mille patients, dont seulement une petite minorité bien sûr sera hospitalisée. Pour les prendre en charge, l'équipe médicale compte en moyenne un médecin-chef, un assistant et quatre internes. Quel est le service de médecine qui accepterait de fonctionner ainsi ? »

On peut ajouter qu'il s'agit d'une norme parfois toute théorique. Si l'hétérogénéité absolue est la règle pour les conditions matérielles de l'accueil des malades, il en va de même pour le travail des équipes médicales et leur degré d'investissement, et de présence, dans leurs activités hospitalières. Pour de nombreuses équipes actives, dynamiques, présentes, combien d'« internes-turbo » (le Monde du 2 septembre) dont l'activité se borne à quelques heures hebdomadaires de présence auprès des malades ? Combien de chefs de service absents pour des raisons connues d'eux seuls ?

Hétérogénéité toujours, dans le travail des infirmiers, qui, eux, vivent au contact des malades et sur qui, parfois, repose l'essentiel du travail. Donc, l'essentiel du pouvoir ; et le pouvoir, dans ce monde clos, n'est pas un vain mot. « Nous, les infirmiers, nous étions huit heures par jour au milieu des malades. Lui, le médecin, venait au quartier une heure tout au plus et restait au bureau. Les draps sales, la surveillance, les bagarres, c'était notre affaire... (4) » Être infirmier à l'hôpital psychiatrique, c'est vivre dans le malaise, l'insécurité pour l'avenir. « Qui sait, nous dira l'un d'eux, si notre profession existera encore dans dix ans ? » C'est vivre au contact de la maladie parfois la plus déshumanisante ; c'est, chaque jour, mener sans renâcler des tâches épuisantes et ingrates. « Nous les aimons », nous disaient à Lyon deux infirmières en nettoyant une arriérée profonde de trente-six ans recroquevillée dans un fauteuil roulant. Les infirmiers psychiatriques, ce sont aussi parfois ceux qui ont renoncé, qui jouent aux cartes, « font » leurs quarante heures, et boivent, le cas échéant.

Monde de l'hétérogène et de l'hétéroclite, du dévouement souvent, du cynisme parfois, de la fuite aussi, le milieu asilaire, en tout cas, dure et perdue malgré les augures qui, depuis trente ans, prédisent sa mort. Malgré ce qui la souhaitent et ceux qui la redoutent.

(1) « Histoire de la psychiatrie de secteur, ou le secteur impossible », in *Recherches* n° 17, mars 1975, 49, rue Dalmatrac, 94120 Fontenay-sous-Bois.

(2) Docteurs Lucien Bonnafé et Louis Le Guillant in « Misère de la psychiatrie », numéro spécial d'Esprit, décembre 1952.

(3) Qui consistaient à donner artificiellement aux malades mentaux une forte fièvre ou un coma insulinaire, dans l'espoir que le « choc » provoque une amélioration.

(4) André Roumieux. « Je travaille à l'asile d'aliénés ». Editions Cham p Libre, 974.

